



**Instituto Politécnico de Portalegre**  
**Escola Superior de Saúde de Portalegre**



1º Curso de Mestrado em Enfermagem  
Especialização em Gestão de Unidades de Saúde  
Relatório de Estágio  
Orientador: Professor Raul Cordeiro

**IDONEIDADE FORMATIVA DOS CONTEXTOS DE  
PRÁTICA CLÍNICA DE ENFERMAGEM:  
(CASO PARTICULAR DE UMA UNIDADE DE  
CUIDADOS DE SAÚDE PERSONALIZADOS)**

Lídia Maria Parreira Conim

**Junho**  
**2012**

Instituto Politécnico de Portalegre  
Escola Superior de Saúde de Portalegre

1º Curso de Mestrado em Enfermagem  
Especialização em Gestão de Unidades de Saúde  
Relatório de Estágio  
Orientador: Professor Raul Cordeiro

IDONEIDADE FORMATIVA DOS CONTEXTOS DE PRÁTICA CLÍNICA DE  
ENFERMAGEM  
(CASO PARTICULAR DE UMA UNIDADE DE CUIDADOS DE SAÚDE  
PERSONALIZADOS)

Lídia Maria Parreira Conim

Junho  
2012

*"Só sabemos com exactidão quando sabemos pouco; à medida que vamos adquirindo conhecimentos, instala-se a dúvida."*

Johann Wolfgang von Goethe (1749 // 1832)

À Carolina, a grande responsável pelo meu caminhar...

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço ao meu orientador, Professor Raul Cordeiro pelo incentivo constante e a sua honestidade durante a realização deste trabalho.

A todos os profissionais da UCSP que me ajudaram, colaborando de forma solícita.

À minha filha, pela paciência e pelo amor sempre demonstrado, que me ajudou a continuar e a chegar ao fim deste trabalho.

## **RESUMO**

A Ordem dos Enfermeiros (OE) aprovou em Assembleia Geral de 2007 uma proposta de alteração estatutária em termos de regulação e desenvolvimento profissional. Surge assim o Modelo de Desenvolvimento Profissional (MDP) que traz uma nova dimensão à certificação de competências de enfermeiro e enfermeiro especialista. Se até aqui a OE certificava estas competências a partir dos documentos académicos apresentados, a partir desta alteração a certificação passa por uma prática tutelada de exercício profissional e só depois de dar a atribuição do título profissional.

O Exercício Profissional Tutelado (EPT) só poderá ocorrer em serviços de saúde com idoneidade formativa acreditada pela OE. Para determinar esta idoneidade formativa dos contextos de prática clínica de enfermagem, é construído um referencial, que parte do documento “Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem”, tendo como eixo organizador o enunciado descritivo sobre “A organização dos cuidados de enfermagem”.

Este trabalho reflete o estágio realizado num contexto de prática clínica (Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados) onde foi feita uma avaliação em termos de idoneidade formativa. De Abril a Junho de 2011 foi feita observação documental e da prática de enfermagem, aplicada uma grelha de avaliação de idoneidade formativa e entrevistado o enfermeiro chefe.

Os resultados apresentados são de não evidência de idoneidade formativa, após o que se tentou estabelecer um Plano de Acção, para cumprimento dos critérios estabelecidos para a certificação. Com base no mesmo enunciado, a organização dos cuidados de enfermagem, foram delineadas algumas intervenções que, a seu tempo, poderão certificar esta unidade para a prática do exercício profissional tutelado.

Destacamos o necessário envolvimento de todos os elementos de enfermagem, com uma condução de liderança forte e motivadora, no sentido criar um contexto de prática clínica congruente com as orientações da OE para a certificação e, em simultâneo, melhorar a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados.

## **ABSTRACT**

The Order of Nurses (OE) approved in the 2007 General Assembly a suggestion for a statutory change in terms of regulation and professional development. This leads to the Professional Development Model (PDM) that brings a new dimension to the certification of skills of nurses and nurse specialist. If until now the OE certifying these skills from the academic documents submitted, from the certification of this amendment goes through a ward of professional practice and only after you give the award of the professional title.

The Professional Practice ward (EPT) can only occur in health facilities with fitness training accredited by the OE. To determine this suitability formative contexts of nursing clinical practice, a framework is built, that part of the document "Quality Standards of Nursing Care", with its central organizing descriptive about the statement "The organization of nursing care."

This work reflects the stage held in the context of clinical practice (Unity Health Care Card) where an assessment was made in terms of fitness training. From April to June 2011 was made documentary and observation of nursing practice, applied a grid of formative evaluation of reliability and interviewed the head nurse.

The results are not evidence of fitness training, after which it attempted to establish an Action Plan to meet the criteria for certification. Based on the same statement, the organization of nursing care were outlined some interventions which, in time, may certify this unit for the ward of professional practice.

We emphasize the need to involve all elements of nursing, with a driving and motivating strong leadership in order to create a context congruent with clinical practice guidelines for the certification of OE and, simultaneously, improve the quality of nursing care provided .

## **ABREVIATURAS E SIMBOLOS**

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde  
ACSS - Administração Central dos Sistemas de Saúde  
ARSA, IP- Administração regional de Saúde do Alentejo, IP  
CE – Conselho de Enfermagem  
CSE – Centro de Saúde de Estremoz  
DPT – Desenvolvimento Profissional Tutelado  
EPT – Exercício Profissional Tutelado  
MCTES - Ministério da Ciência Tecnologia e Ensino Superior  
MDP – Modelo de Desenvolvimento Profissional  
MEC - Ministério da Educação e Ciência  
OE – Ordem dos Enfermeiros  
OMS – Organização Mundial de Saúde  
PQCE – Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem  
PTE – Prática Tutelada em Enfermagem  
SNS – Serviço Nacional de Saúde  
SUB – Serviço de Urgência Básica  
TAO – Terapêutica Anticoagulante Oral  
UAG – Unidade de Apoio à Gestão  
UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade  
UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados  
USF – Unidade de Saúde Familiar



## **Índice**

	f
<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>10</b>
<b>PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO DO RELATÓRIO DE ESTÁGIO</b>	
<b>1 - A ENFERMAGEM E A FORMAÇÃO.....</b>	<b>13</b>
<b>2- DA FORMAÇÃO CONTÍNUA AO MODELO DE DESENVOLVIMENTO PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM .....</b>	<b>17</b>
2.1 – MODELO DE DESENVOLVIMENTO PROFISSIONAL.....	18
2.2 – CONTEXTOS DE PRÁTICA CLÍNICA DE ENFERMAGEM.....	22
2.3 – OS CONTEXTOS E A IDONEIDADE FORMATIVA EM ENFERMAGEM.....	22
<b>3 – OS PADRÕES DE QUALIDADE DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM .....</b>	<b>26</b>
3.1 – A SATISFAÇÃO DO CLIENTE.....	26
3.2 – A PROMOÇÃO DA SAÚDE.....	27
3.3 – A PREVENÇÃO DE COMPLICAÇÕES.....	28
3.4 – O BEM-ESTAR E O AUTO CUIDADO.....	29
3.5 – A READAPTAÇÃO FUNCIONAL.....	29
3.6 – A ORGANIZAÇÃO DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM.....	29
<b>PARTE II – RELATÓRIO DE ESTÁGIO</b>	
<b>4 – METODOLOGIA.....</b>	<b>32</b>
4.1 – O CONTEXTO.....	32
4.2 – OBJECTIVOS DO ESTÁGIO.....	34
4.3 – INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS.....	34
4.4 – RECOLHA DE DADOS.....	35
4.5 – CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.....	35
<b>5 – APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS.....</b>	<b>36</b>
5.1 – CARACTERIZAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM.....	36
5.2 – PRESTAÇÃO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM.....	38
5.3 – AVALIAÇÃO DA IDONEIDADE FORMATIVA DO CONTEXTO DE PRÁTICA CLÍNICA.....	42
5.3.1 – Dimensão 1.....	42
5.3.2 – Dimensão 2.....	44
5.3.3 – Dimensão 3.....	49
5.3.4 – Dimensão 4.....	50

<b>5.3.5 – Dimensão 5</b> .....	50
<b>5.3.6 – Dimensão 6</b> .....	52
<b>5.3.7– Dimensão 7</b> .....	52
<b>6 – PLANO DE ACÇÃO/ IMPLEMENTAÇÃO DE MEDIDAS DE MELHORIA</b> .....	54
<b>7 – CONCLUSÃO</b> .....	59
<b>8 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	62
<b>ÍNDICE DE QUADROS</b>	
Quadro I – Caracterização Biográfica dos Enfermeiros da UCS.....	37
Quadro II - Caracterização Académica/ Profissional dos Enfermeiros da UCSP.....	38
Quadro III - Prestação de Cuidados de Enfermagem na UCSP de Estremoz por Elementos e por Tempo.....	40
Quadro IV - Prestação de Cuidados de Enfermagem na UCSP de Estremoz por Elemento e por Programa.....	42
<b>ANEXOS</b>	
Anexo I – Autorização da frequência de estágio.....	68
Anexo II – Grelha de Avaliação da Idoneidade Formativa dos Contextos de Prática Clínica de Enfermagem.....	70
Anexo III - Cronograma de actividades.....	81
Anexo IV – Questionário de caracterização do grupo de Enfermagem da UCSP.....	83
Anexo V - Recomendação de boas práticas para a higienização das mãos.....	85
Anexo VI - Recomendação de boas práticas na descontaminação de materiais e equipamentos.....	95
Anexo VII - Recomendação de boas práticas sobre antissépticos e desinfetantes.....	110
Anexo VIII - Recomendação de boas práticas para a higienização do ambiente.....	121
Anexo IX - Horários dos enfermeiros da UCSP durante o período de estágio.....	131

## **INTRODUÇÃO**

No âmbito do 2º ano de Mestrado em Enfermagem Comunitária, área de especialização de Gestão de Unidades de Saúde, da Escola Superior de Saúde de Portalegre, surge o presente trabalho, orientado pelo professor Raul Cordeiro.

O tema deste relatório é “IDONEIDADE FORMATIVA DOS CONTEXTOS DE PRÁTICA CLÍNICA DE ENFERMAGEM: caso particular de uma Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados” e acontece após um estágio curricular realizado na Unidade, no período de Abril a Junho de 2011, num total de 360 horas em contexto de prática clínica.

Antecedendo este trabalho, foi pedido que cada discente realizasse um plano/ projecto, com a intenção de refletir e esclarecer os objetivos propostos para o mesmo, para desta forma melhor pudesse orientar e definir individualmente o estágio a realizar. Assim, foram considerados para este estágio os seguintes objetivos:

- Caracterizar a Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) como local de estágio;
- Caracterizar os elementos de enfermagem que compõem a unidade onde se realiza o estágio;
- Caracterizar o trabalho realizado pelos elementos de enfermagem da UCSP;
- Avaliar os critérios de idoneidade formativa dos contextos de prática clínica de enfermagem na UCSP, aplicando o Referencial de Avaliação proposto pela Ordem dos Enfermeiros (OE);
- Demonstrar as evidências e o nível de cumprimento dos critérios de idoneidade formativa;
- Estabelecer as linhas gerais de um Plano de Acção para o cumprimento dos critérios de idoneidade formativa;

A metodologia utilizada foi a aplicação da Grelha de Avaliação da Idoneidade, a descrição a partir da pesquisa teórica de conceitos e orientações presentes na Unidade, entrevistas a chefias de enfermagem e ainda a crítica reflexiva das actividades desenvolvidas e dos resultados obtidos.

As alterações ao nível do sistema de ensino (Bolonha) e o novo Modelo de Desenvolvimento Profissional, existente desde 2009 (Lei 111/2009 de 16 de Setembro) e a aguardar promulgação pelo Presidente da República para entrar em vigor, exigem uma

compreensão sobre o processo de desenvolvimento de competências e qualificação ao nível da enfermagem. Há que validar a idoneidade formativa dos serviços e dos formadores bem como desenvolver competências pertinentes para o futuro das práticas em saúde.

A qualidade dos cuidados de enfermagem é o objectivo principal e uma oportunidade para reorganizar o trabalho dos profissionais desta área.

Este trabalho apresenta-se descrito em duas partes: na primeira parte fundamentam-se os objetivos deste trabalho com uma abordagem teórica sobre o Modelo de Desenvolvimento Profissional e a evolução para a prática profissional, com evidência sobre os contextos e os formadores no acompanhamento e na avaliação dos recém-formados e dos pretendentes a enfermeiros especialistas.

Na segunda parte faz-se a apresentação da Unidade onde foi realizado o estágio, atendendo à organização e recursos humanos de enfermagem, qual a metodologia utilizada para a obtenção dos resultados bem como a apresentação dos mesmos.

O relatório termina com a reflexão sobre os resultados obtidos e a possível implementação de estratégias futuras para o cumprimento dos critérios de idoneidade formativa.

## **PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO DO RELATÓRIO DE ESTÁGIO**

## **1 - A ENFERMAGEM E A FORMAÇÃO**

Os percursos de formação em Enfermagem, ao longo dos últimos vinte anos, geraram uma diversidade real, atual e problemática: enfermeiros com os mais diversos tipos de formação profissional e habilitações literárias.

Desde os finais dos anos 70 que os enfermeiros lutavam pela formação em Enfermagem ao nível da Licenciatura, depois de esta ter sido integrada no sistema educativo nacional e de se ter extinguido o curso de Auxiliares de Enfermagem. A criação do Serviço Nacional de Saúde (SNS), em 1979, veio igualmente valorizar a imagem social e financeira da profissão. Surge assim o Curso de Enfermagem Geral e todos os ex-enfermeiros auxiliares são equiparados aos do Curso de Enfermagem Geral depois de fazerem um Curso de Promoção. Até finais dos anos 80 ficámos todos com o Curso de Enfermagem Geral, quer tivéssemos o 2º (6º), o 5º (9º) ou o 7º (11º) ano de escolaridade e até mesmo frequência universitária.

A década de 90 trouxe alterações que contribuíram para o reconhecimento da enfermagem como profissão autónoma. Logo no início e com a integração das escolas superiores de Enfermagem na Rede do Serviço Educativo Nacional e Ensino Superior Público, os enfermeiros docentes passam a integrar a carreira dos professores do ensino superior e passam para o Ministério da Educação. Em 1997, a Lei de Bases do Sistema Educativo é alterada (Lei 115/ 97 de 19 de Setembro), permitindo a equivalência ao grau académico de licenciatura a alguns cursos, sendo que o de Enfermagem apenas se concretizou em 1999.

O acesso à formação em Enfermagem inicia-se com o 12º Ano e os enfermeiros formados com esta base de escolaridade passaram a deter o grau académico de Bacharel. Muitos outros enfermeiros do Curso de Enfermagem Geral fizeram o 12º ano e solicitaram a equivalência ao Bacharelato, enquanto outros ficaram como estavam com o equivalente ao 6º ano ou ao 9º ano e permanecendo como enfermeiros do Curso de Enfermagem Geral.

A partir do Bacharelato os enfermeiros conquistaram o título académico de Licenciados, tendo passado o curso de três para quatro anos. Para aproximar os bacharéis dos licenciados criou-se então o Curso Complementar, que seria o 4º ano de Enfermagem. Acontece que muitos o fizeram e outros não. Assim, neste momento temos enfermeiros:

1. Com equiparação ao Curso de Enfermagem Geral (Enfermeiros Auxiliares com o Curso de Promoção);
2. Com o Curso de Enfermagem Geral;
3. Com Equiparação a bacharéis (Curso de Enfermagem Geral mais 12º Ano);
4. Enfermeiros Bacharéis;
5. Enfermeiros Licenciados (bacharéis com Curso Complementar ou Complemento)
6. Enfermeiros licenciados de base.

Exceptuam-se alguns que se mantiveram como enfermeiros auxiliares por falta de predisposição para a evolução mas a que a carreira não esqueceu, prevendo a sua existência e cuja situação seria extinta com a aposentação destes profissionais.

Em 1998 surge a Declaração de Bolonha e a Ordem dos Enfermeiros é criada também nesse ano e os seus estatutos aprovados e regulados através do Dec. Lei 104/98, de 21 de Abril. Anexo aos Estatutos da Ordem enuncia-se o Código Deontológico, relação dos deveres e responsabilidades dos profissionais de enfermagem.

Em relação às especialidades, estas passaram de Especialidades em Enfermagem a Estudos Superiores Especializados. Até 1998 a formação especializada era feita através da dispensa de serviço e recebia-se como bolsa de estudos o equivalente ao vencimento. Considerava-se uma necessidade para o Serviço e o profissional ascendia rapidamente na categoria. Depois desta data e com a nova Regulação da Profissão, os enfermeiros que quiseram especializar-se passaram a trabalhar e a estudar em simultâneo e o estágio era feito, e ainda é, nas horas não coincidentes com a atividade laboral, ou seja, de manhã trabalham e à tarde estagiam. Além disso apareceram Estabelecimentos de Ensino Privados que passaram a ministrar os Cursos Superiores Especializados e os Enfermeiros passaram a pagar a propinas. Houve um *boom* no acesso aos Cursos Superiores Especializados já que a sua frequência não dependia das disponibilidades da Instituição de Saúde ou das vagas existentes nas Escolas vocacionadas para o ensino especializado.

A Ordem dos Enfermeiros (OE), criada em 1998, é uma associação de direito público, constituída por todos os enfermeiros portugueses. É à Ordem que cabe regular a profissão de enfermagem. Reconhecida socialmente desta forma, a enfermagem portuguesa tem na OE a Instituição responsável por “ (...) *promover a defesa da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados à população, bem como o desenvolvimento, regulamentação e o controlo do exercício da profissão de enfermeiro assegurando a observância das regras de*

*ética e deontologia profissional.* ” (Capítulo I, artigo 3, ponto 1: Estatutos da Ordem dos Enfermeiros).

O cumprimento deste propósito é feito com base no contributo de cada membro, no exercício responsável e deontologicamente enquadrado na profissão e levando a cabo aquilo que são as suas atribuições, enquanto organização. Temos assim uma Ordem, enquanto estrutura, composta por Órgãos, Comissões e Membros eleitos democraticamente.

Entre as atribuições da Ordem dos Enfermeiros podemos referir:

- Atribuir o título profissional de enfermeiro;
- Definir o nível de qualificação profissional dos enfermeiros;
- Promover a valorização profissional e científica dos seus membros;
- Fomentar o desenvolvimento da formação e da investigação em enfermagem e pronunciar-se sobre os modelos de formação e a estrutura geral dos cursos de enfermagem.

Estas atribuições têm como único propósito *a defesa da qualidade e da segurança dos cuidados de enfermagem prestados à população (Estatuto da Ordem dos Enfermeiros*

*– DL 104/98 de 21 de Abril, alterado pela Lei n.º 111/2009 de 16 de Setembro).*

A Declaração de Bolonha, assinado pela OE em 1999, reestrutura todo o ensino superior e visa essencialmente a afirmação da Europa como espaço integrado, facilitando o intercâmbio e melhorando o acesso ao emprego. Existem 3 ciclos no processo de Bolonha, aos quais correspondem determinados créditos. A enfermagem, para manter a sua autonomia tem como opção o 2º ciclo e o 3º, já que o 1º ciclo é de três anos, o que implicaria um retorno ao bacharelato. A Ordem dos Enfermeiros, e alguns Docentes de Enfermagem, estiveram atentos, analisando e avaliando as probabilidades, não permitindo o retrocesso ao nível da formação e da definição das competências profissionais. A partir de 2000, os Cursos de Enfermagem passam para 4 anos de formação – Licenciatura, concretizando o processo de Bolonha.

Em relação ao contexto de Bolonha podemos afirmar que o licenciado de Bolonha é diferente e tem menos qualificações que o licenciado que obteve a sua licenciatura com o Curso de Complemento de Formação. O Decreto-Lei que aprova o Processo de Bolonha retira as competências de gestão e de investigação do curso e, ainda que se mantenha a formação nesse sentido, o diploma de licenciado em Bolonha, igual na Europa, é uma licenciatura que não abrange as competências de gestão e investigação.

Entre 2000 e 2009 a Ordem dos Enfermeiros regula a profissão, criando vários documentos que constituem a base dos cuidados de enfermagem. Entre eles podemos destacar



os Padrões de Qualidade em Enfermagem: enquadramento conceptual e enunciados descritivos e a definição das Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais. É também nesta altura que começa a discutir-se o novo Modelo de Desenvolvimento Profissional, que vem alterar pela primeira vez o Estatuto da Ordem dos Enfermeiros; em Maio de 2007 o MDP é aprovado em Assembleia Geral da OE e em Assembleia da República através da Lei 111/2009 de 16 de Setembro.

A Alteração aos Estatutos da OE deve ainda ser promulgada pelo Presidente da República, só depois entrará em vigor.

## **2 - DA FORMAÇÃO CONTÍNUA AO MODELO DE DESENVOLVIMENTO PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM**

A enfermagem é um grupo profissional que desde as 2 últimas décadas muito aposta na formação contínua, aplicando, entre outros, o modelo de formação em serviço na sua prática quotidiana. Este tipo de formação tem sido alvo de inúmeras críticas, nomeadamente ao nível de quem defende a homogeneidade do conhecimento: de facto, os contextos de prática revelam culturas diferentes entre si e é a condição estrutural e histórica da enfermagem que modula o grupo, desde a simples aquisição de conhecimento e qualificação, até ao desenvolvimento de competências complexas. As novas perspectivas laborais e sociais como que provocam um enviesamento daquilo que se pretende como formação contínua.

A formação em serviço pretende atuar ao nível do binómio teoria-prática, resolvendo problemas reais e contextualizando o conhecimento na complexidade das práticas dos cuidados de enfermagem. O aumento da competitividade da profissão, quer em termos de acesso a níveis hierárquicos superiores como a qualificação académica tem feito com que se descure a riqueza dos contextos e a construção de competências em prole de uma simples transmissão de conhecimentos.

Atualmente a aquisição de conhecimentos é algo que está diretamente relacionado com tudo o que há de novo. E neste Mundo Global, o conhecimento traduz-se numa rede de transmissão constante; foi estimado que a partilha de informação hoje em dia, através da leitura semanal do New York Times é idêntica à que um indivíduo do século XVIII obteria em toda a sua vida. Em relação à informação técnica, estima-se que ela duplique em cada dois anos, o que quer dizer que um indivíduo, ao longo da sua formação académica de quatro anos, fica desatualizado no terceiro ano em relação ao que aprendeu no primeiro ano de estudos. Se, nesta perspectiva, pensarmos na vida profissional dos enfermeiros, então é urgente analisar e repensar a formação em serviço.

O atual contexto económico da nossa sociedade remete-nos para o conceito de eficiência, que, ao nível da enfermagem, pode traduzir-se numa ótima aplicação de boas práticas com a utilização de todos os recursos disponíveis. Sendo as instituições académicas e as instituições de saúde, aquelas que apresentam recursos humanos mais diferenciados, a elas caberá aliar a qualificação ao desenvolvimento das competências, transportando os saberes constituídos em serviços eficientes de acordo com as necessidades dos contextos. O desafio

da viabilidade das organizações exige a implementação de algumas condições, de entre as quais se destacam:

- a) – Identificação de competências, depois de reconhecidas as necessidades de um novo contexto alterado pela inovação e pela mudança social;
- b) – Desenvolvimento de parcerias tácticas, na tentativa de rentabilizar as competências internas e aceder a novos saberes e novas tecnologias.

As recentes alterações ao nível do sistema de ensino (Bolonha) e o novo Modelo de Desenvolvimento Profissional exigem uma compreensão sobre o processo de desenvolvimento de competências e qualificação ao nível da enfermagem. Há que validar a idoneidade formativa dos serviços e dos formadores bem como desenvolver competências pertinentes para o futuro das práticas em saúde.

Formação em serviço pressupõe aquela que é adquirida através da experiência durante o exercício de uma profissão. Sendo a enfermagem uma profissão essencialmente prática é importante que se desenvolvam competências enquadradas numa prática profissional, como forma de aperfeiçoamento e consolidação de conhecimento. Esta será certamente uma estratégia central no desenvolvimento da profissão.

## 2.1 - MODELO DE DESENVOLVIMENTO PROFISSIONAL

Quando falamos em Modelo de Desenvolvimento Profissional (MDP) falamos de um rumo, um trajeto delineado e escolhido pela profissão e suportado naquilo que são as atribuições da OE em termos de regulação.

Em 2009, 11 anos depois da sua criação, a OE altera os seus estatutos com base na opinião consensual de que a MUDANÇA alterou significativamente a formação e a aprendizagem dos enfermeiros. As novas dinâmicas de trabalho e os diferentes contextos profissionais originam novas formas de estar na Enfermagem e de conceber os cuidados a prestar. Ser enfermeiro e/ou ser enfermeiro especialista é diferente e surge o conceito de Modelo de Desenvolvimento Profissional (MDP) que assenta exatamente em novos desafios profissionais e de regulação.

O MDP assenta em 2 pilares: o Sistema de Certificação de Competências e o Sistema de Individualização de Especialidades em Enfermagem.

Este último refere-se à individualização de diferentes especialidades, de acordo com um sistema de organização determinado. Serão criados referenciais de competências do

enfermeiro especialista que além de nos diferenciarem também regulam a prática e a atribuição do título de enfermeiro especialista. Há ainda condições de criação de novas especialidades como forma de resposta da enfermagem às novas necessidades em saúde em novos contextos marcados pela complexidade e diferenciação

O Sistema de Certificação de Competências relaciona-se com o processo de atribuição do título profissional de enfermeiro a quem termina a licenciatura e obtém o título académico e também com o processo de aquisição e certificação de novas competências e conhecimentos para o reconhecimento do enfermeiro de cuidados gerais em enfermeiro especialista a atribuição desse título profissional.

Para a OE, a atribuição destes títulos é uma garantia de que os profissionais apresentam perante a Sociedade cuidados de enfermagem de qualidade e com segurança. Para a OE que afinal somos todos nós, enfermeiros, houve a decisão de deixar de atribuir um título meramente académico (administrativo) e passar a exigir um período de Ensino Profissional Tutelado (EPT) que permita uma certificação de competências de forma segura para o profissional e para os clientes, com garantias de qualidade.

A certificação vai exigir um período de ensino profissional tutelado, ou internato, que vai ser a transição do profissional recém-licenciado para a prática profissional e também a passagem para um novo perfil de competências por parte de quem quer ser enfermeiro especialista. Este período exige o acompanhamento por parte de um supervisor clínico, um enfermeiro com competência na área da supervisão clínica e que vai voluntariar-se para desempenhar este papel.

Em resumo, para que o EPT se realize, são necessárias três condições igualmente fundamentais:

- O supervisor;
- O supervisionado;
- O contexto.

O contexto de prática clínica terá que ter um conjunto de características e condições que sejam reconhecidas como seguras e boas produtoras de cuidados de enfermagem, isto é tem que ter uma **idoneidade reconhecida**.

Para a certificação das competências e atribuição do título profissional de enfermeiro e/ou enfermeiro especialista é criado outro elemento denominado Órgão de EPT, que é externo ao campo de supervisão clínica e será o responsável por atribuir a certificação.

Serão os “Órgãos de EPT”, fora da estrutura da OE, os responsáveis pela dimensão executiva destes EPT, nomeadamente ao nível da formação contínua e acompanhamento de supervisores, da determinação da idoneidade dos contextos de prática clínica e da avaliação de supervisados para efeitos de certificação de competências; será da sua responsabilidade também a dinamização de projetos de formação segundo programas formativos definidos pela OE. Estes Órgãos de EPT serão constituídos por enfermeiros e estarão representados neles, segundo estrutura a definir: o Ministério da Saúde, as Instituições de Ensino de Enfermagem e a OE.

Importa clarificar que diploma escolar ou grau académico e título profissional nunca foram a mesma coisa. O EPT não é mais um ano de formação escolar. A formação académica inicial é de quatro anos, até novas opções do Ministério da Ciência Tecnologia e Ensino Superior (MCTES). Enquanto o Diploma escolar da competência das instituições de ensino atesta um grau ou um nível de formação académico, o Título Profissional atesta competências profissionais para o exercício da profissão – uma autorização/condição para o exercício da enfermagem e é a da competência da OE fazê-lo.

Durante estes 11 anos, a OE fez corresponder um a outro. Não pondo em causa o percurso académico, até porque é condição a obtenção do mesmo, a EPT apenas vem certificar e operacionalizar essa formação, através de um título profissional. Deste EPT são parceiros a OE, assim como as Instituições de Ensino Superior e as Instituições de Saúde (e consequentemente o MCTES e o Ministério da Saúde). Estas instituições estarão representadas por enfermeiros na estrutura a que denominámos de “órgãos de EPT” e todos darão o seu contributo precioso, no seu domínio de competência, em todas as fases do processo formação e desenvolvimento profissional dos enfermeiros.

Em relação à Certificação de Competências do Enfermeiro Especialista, o estatuto do supervisado é diferente; tendo o título de enfermeiro e sendo autónomo no exercício da enfermagem de cuidados gerais, não o é contudo na prestação de cuidados de enfermagem de especialidade e por isso se prevê o acompanhamento por um supervisor, num mesmo modelo de supervisão clínica já descrito, para transição gradual e segura de autonomia na prestação de cuidados de enfermagem especializados de qualidade. É também necessária a existência de supervisores certificados (neste caso de enfermeiros especialistas), de contextos de prática clínica de idoneidade reconhecida e de um “terceiro elemento”, para o reconhecimento e validação de competências para efeitos de certificação.

Uma das perspectivas inovadoras deste MDP é o de conceber o percurso de desenvolvimento profissional como contínuo, com início no EPT e atravessando todo o percurso profissional do Enfermeiro. Integrado numa perspectiva de formação ao longo da vida, valorizando e considerando o reconhecimento da aprendizagem experiencial do enfermeiro em contexto de trabalho, consideramos para efeito de desenvolvimento profissional, diferentes percursos formativos e não apenas o escolar. A prática clínica será decerto o centro dos diferentes percursos de formação pois é para o exercício da clínica que se formam os especialistas em enfermagem.

O desenvolvimento profissional natural é no sentido da especialização, diz a evidência que enquanto profissionais reflexivos e empenhados nos tornamos especialistas naquilo que fazemos e pensamos que não fará sentido não evoluirmos, ou não querermos ver reconhecida a nossa competência de especialistas.

Além da certificação de competências durante o período de Ensino Profissional Tutelado (EPT) para atribuição do título de enfermeiro, o Modelo prevê ainda a ponderação dos processos de certificação de competências numa área clínica de especialização, para atribuição do título de enfermeiro especialista, entendido também pelo Conselho de Enfermagem, que acontecerá num período de prática tutelada que se denomina como Desenvolvimento Profissional Tutelado (DPT).

EPT e DPT são assim dois períodos distintos de Prática Tutelada de Enfermagem (PTE) para efeitos de certificações de competências e atribuições do título de enfermeiro e de enfermeiro especialista, respetivamente.

A Supervisão Clínica, a tutela, em ambos os casos será feita por um profissional com credenciais na área, motivado e de preferência voluntário no processo. Entende a OE, através da presidente do Conselho de Enfermagem, Lucília Nunes, que a supervisão clínica é um “ ... *acompanhamento formal da prática clínica, visando promover a tomada de decisão autónoma, valorizando a protecção da pessoa e a segurança dos cuidados, através de processos de reflexão e análise da prática clínica*”(in *Revista Ordem dos Enfermeiros* nº 32, Abril 2009, pág 5 )

E para que tudo isto se desenvolva, é necessário o ambiente, o contexto.

## 2.2 - CONTEXTOS DE PRÁTICA CLÍNICA DE ENFERMAGEM

O estabelecimento de determinados critérios para o reconhecimento da idoneidade formativa dos contextos de prática clínica contribui para garantir a qualidade do Exercício Profissional Tutelado (EPT) e/ou o Desenvolvimento Profissional Tutelado (DPT).

É competência do Conselho de Enfermagem “*proceder à definição dos critérios para a determinação da idoneidade e capacidade formativa dos estabelecimentos e serviços de saúde no âmbito do exercício profissional de enfermagem*”. (Regulamento de Idoneidade Formativa dos Contextos de Prática Clínica, 2010: pág 2)

Para que tal aconteça é suposto que seja criada uma comissão imparcial que certificará os campos que se proponham exercer a supervisão clínica, denominada Estrutura das Idoneidades, pertencente à Comissão de Certificação.

## 2.3 - OS CONTEXTOS E A IDONEIDADE FORMATIVA EM ENFERMAGEM

O estabelecimento de determinados critérios para o reconhecimento da idoneidade formativa dos contextos de prática clínica contribui para garantir a qualidade do EPT e /ou do DPT.

Para determinar a idoneidade formativa dos contextos, opta-se pela construção de um referencial único, que parte dos enunciados descritivos dos *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem*, sendo o enunciado relativo à “Organização dos Cuidados de Enfermagem” o eixo organizador das diferentes dimensões a considerar no processo de acreditação da idoneidade formativa dos contextos de prática clínica de enfermagem:

“ Na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro contribui para a máxima eficácia na organização dos cuidados de enfermagem.

São elementos importantes face à organização dos cuidados de enfermagem, entre outros:

- A existência de um quadro de referências para o exercício profissional de enfermagem;
- A existência de um sistema de melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros;
- A existência de um sistema de registos de enfermagem que incorpore sistematicamente, entre outros dados, as necessidades de cuidados de enfermagem do cliente,

as intervenções de enfermagem e os resultados sensíveis às intervenções de enfermagem obtidos pelo cliente;

- A satisfação dos enfermeiros relativamente à qualidade do exercício profissional;
- O número de enfermeiros face à necessidade de cuidados de enfermagem;
- A existência de uma política de formação contínua dos enfermeiros, promotora do desenvolvimento profissional e da qualidade;
- A utilização de metodologias de organização dos cuidados de enfermagem promotoras da qualidade.”

(Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, 2001:5.)

Os critérios são comuns para a verificação da idoneidade de todos os contextos, quer seja para o EPT ou para o DPT. Haverá critérios obrigatórios e critérios de excelência e a sua acreditação, pelo menos ao nível dos critérios obrigatórios, é requisito essencial para o desenvolvimento da Prática Tutelada de Enfermagem (PTE).

O processo de acreditação é da responsabilidade de Estrutura de Idoneidades, pertencente à OE e é «... constituída por um Coordenador Nacional da Estrutura, nomeado pelo Conselho Diretivo, sob proposta do Conselho de Enfermagem, e cinco núcleos regionais, a funcionar junto das secções regionais» (Regulamento da Idoneidade Formativa dos Contextos de Prática Clínica, 2010: 3).

Esta acreditação é feita às unidades e não a departamentos e/ou instituições e os critérios serão comuns para a verificação da idoneidade formativa de todos os contextos, quer seja no âmbito do Exercício Profissional Tutelado (EPT) ou do Desenvolvimento Profissional Tutelado (DPT). Esta acreditação/validação é feita à unidade solicitada e, caso não seja deliberada de forma positiva, o órgão Estrutura das Idoneidades fornecerá um Plano Orientador para o desenvolvimento da idoneidade Formativa.

A verificação da idoneidade diz respeito ao contexto específico onde vai realizar-se o EPT e procura certificar as condições da prática de enfermagem. Não concorre com outras certificações feitas à Instituição, como é o caso da *Joint Comission e/ ou King's Found*.

As unidades serão certificadas como apresentando “critérios obrigatórios”, sem os quais não poderão exercer a Prática Tutelada de Enfermagem, e com “critérios de excelência”, que elevam de forma positiva as condições da prática. Estão ainda por definir os critérios acrescidos para o Desenvolvimento Profissional Tutelado, que será da responsabilidade do Conselho de Enfermagem para cada área de especialidade, após acordo com o Colégio da Especialidade respectivo.



Em Maio de 2011 é feito um anúncio nacional para recrutamento de enfermeiros e enfermeiros especialistas para a constituição de Núcleos Regionais da Estrutura de Idoneidades da Ordem dos Enfermeiros (OE), que, juntamente com a Comissão de Certificação de Competências, irá proceder à acreditação da idoneidade formativa dos contextos de prática clínica para as unidades que o solicitarem.

Ao nível das políticas de saúde, o anterior governo aprovou em Assembleia da República a Lei 111/2009, de 16 de Setembro, que legitima a Regulação do Exercício Profissional dos Enfermeiros em Portugal, através do Modelo de Desenvolvimento Profissional.

Antes do Presidente da República promulgar a Lei, o governo muda e as negociações continuam a evoluir.

A primeira reunião entre a OE e os novos governantes (Ministério da Saúde) sobre o Modelo de Desenvolvimento Profissional ocorreu em Outubro de 2011, onde também estiveram presentes representantes da Administração Central dos Sistemas de Saúde (ACSS) e do Ministério da Educação e Ciência (MEC). Um dos temas da reunião foi o processo de regulamentação do Artigo 7º do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros – e na redacção dada pela Lei nº 111/2009, de 16 de Setembro (a implementação do Modelo de Desenvolvimento Profissional). A Ordem refere que se mantém como base de trabalho a proposta de Decreto-lei nº 411/2010 – cujo objectivo é estabelecer o Regime Jurídico da Prática Tutelada de Enfermagem. Além de ser clarificado o processo já desenvolvido pela Lei nº 111/2009, de 16 de Setembro, a OE reafirma que se trata de uma matéria do foro da regulação profissional e não do foro académico.

Em 12 de Dezembro de 2011 acontecem eleições para a Ordem dos Enfermeiros, que levaram à tomada de posse em 28 de Janeiro de 2012 do novo bastonário, enfermeiro Germano Couto. No seu programa de Candidatura a referência ao Modelo de Desenvolvimento Profissional é feita no sentido da sua consolidação:

“... - Assegurar o desenvolvimento e implementação do Modelo de Desenvolvimento Profissional (MDP).

- Pressionar a publicação regulamentar da Prática Tutelada de Enfermagem (PTE) – Internato.
- Desenhar percursos formativos especializados em contextos de exercício.
- Criar a estrutura de acreditação da qualidade de processos formativos dirigidos aos enfermeiros.”

(In Revista da Ordem dos Enfermeiros, nº 40, Novembro 2011, pág. 17)

Desde a sua tomada de posse, houve já uma reunião com os órgãos do Governo mas ainda não foi abordada esta questão.

O Presidente da República continua a não promulgar a Lei.

### **3 - OS PADRÕES DE QUALIDADE DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM**

A Organização Mundial de Saúde (OMS), realça o papel dos enfermeiros na prevenção, identificação de necessidades, no planeamento, execução e avaliação de cuidados, com o intuito de ajudar as pessoas, famílias e grupos a determinar e a realizar o seu potencial físico, mental e social, nos contextos em que vivem e trabalham (OE, 2006) .

Os enunciados que descrevem a qualidade do exercício profissional dos enfermeiros têm como objectivo, segundo a OE (2001), constituírem um importante instrumento de ajuda sobre qual o papel dos enfermeiros junto dos clientes.

No texto que enuncia os enunciados descritivos do Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (2003- Conselho de Enfermagem), a OE utiliza o termo *cliente*, referindo-se à pessoa alvo destes cuidados, evidenciando a relação dinâmica e participativa deste no quadro da relação de cuidados. Diz a OE que termos como utente, doente ou consumidor de cuidados poderão também ser utilizados, dependendo do contexto de utilização. Quando nos referimos a um cliente, pressupomos que existe uma troca e não apenas a recepção de algo a troco de coisa nenhuma. Na exposição daquilo que se pretende serem os padrões de qualidade de cuidados de enfermagem, enfermeiro e cliente estabelecem uma relação de entreajuda, troca e partilha, no sentido de ambos evoluírem para a excelência, tanto naquilo que a enfermagem dá como naquilo que o cliente recebe.

Definem-se assim seis categorias relacionadas com o cliente, a organização e o enfermeiro que presta cuidados, que passamos de seguida a resumir.

#### **3.1 – A SATISFAÇÃO DO CLIENTE**

A Ordem dos Enfermeiros refere que “ a satisfação dos utentes/ clientes quanto aos cuidados de enfermagem constitui um importante e legítimo indicador da qualidade dos cuidados prestados” (Ordem dos Enfermeiros, 2005:52)

Sendo o conceito de satisfação algo de difícil porque subjectivo, podemos afirmar que ele se baseia numa interacção constante e inter-dependente entre dois sujeitos, mutável a cada instante e com um resultado final inesperado. Se pretendemos atender o cliente/ utente com a máxima excelência, teremos que objectivar sempre no horizonte da nossa atenção a sua satisfação contínua e final.

Segundo Ribeiro (2003, citado in Alves, 2007:42), “ o grau de satisfação dos sujeitos pode ser influenciado por múltiplos aspectos relacionados com as características e os atributos dos indivíduos, com as suas experiências anteriores, com variáveis do contexto e com as expectativas dos sujeitos sobre as diferentes dimensões da satisfação”

A OE (2003) refere também como aspectos individuais do cliente as suas capacidades, crenças, valores e desejos aos quais o enfermeiro deve responder com empatia, envolvimento e empenho de forma a minimizar o estado negativo, relacionado com a necessidade de cuidados e maximizar a satisfação do cliente, através dos resultados obtidos.

A satisfação aparece assim como um importante componente de qualidade dos cuidados. É um resultado, um objectivo que se quer obter durante o processo atendimento. Nunca poderemos falar de qualidade elevada de cuidados se o utente/cliente estiver insatisfeito. Podemos assim afirmar que o grau de satisfação dos utentes é um valor orientador da conduta de enfermagem.

### 3.2 – A PROMOÇÃO DA SAÚDE

A Carta de Ottawa (1986) define promoção da saúde como “o processo que visa aumentar a capacidade dos indivíduos e das comunidades para controlarem a sua saúde, no sentido de a melhorar...”, surgindo assim a ideia de que deve existir um processo de capacitação individual e comunitária neste percurso.

A Carta De Bangucoque (2005) surge na sequência da última Conferência Mundial sobre Promoção da Saúde e aborda as questões da globalização, dos meios de comunicação e das alterações políticas e sociais que decorrem na nossa comunidade mundial. Entende-se a saúde como um direito fundamental de todo o ser humano, sem qualquer discriminação. A promoção da saúde é baseada na capacidade do ser humano de controlar a sua saúde e seus determinantes, através de conhecimentos adquiridos para a melhoria da qualidade de vida e de trabalho, entre outros aspectos. A sua implementação envolve a combinação de abordagens como a educação para a saúde; a comunicação para a mudança de comportamentos; a mobilização social; a informação, educação e comunicação. Nesta conferência ficou definido que a promoção da saúde é um processo educativo que envolve tanto a responsabilização pessoal quanto a comunitária.

A Ordem dos Enfermeiros, refere que o enfermeiro, no contexto da promoção de saúde “ ...ajuda os clientes a alcançarem o máximo potencial de saúde” (PQCE,2001,

pág.12). Constituem elementos importantes, relacionando a prestação de cuidados de enfermagem e a promoção da saúde, o reconhecimento da situação de saúde da população e dos seus recursos (cliente/família e comunidade), a produção e a utilização de oportunidades na promoção de estilos de vida saudáveis, a melhoria do potencial de saúde do cliente optimizando e adaptando as suas actividades aos processos de vida, crescimento e desenvolvimento, e a partilha de informação privilegiada e geradora de aprendizagem cognitiva para o cliente (OE, 2001). Pela sua formação, o enfermeiro tem a capacidade de actuar no processo educativo das pessoas, conduzindo à tomada de consciência da população sobre questões de autonomia na execução de comportamentos saudáveis.

Capacitar o cidadão e perceber os seus pontos de vista deve ser um aspecto central nos serviços de saúde. As preferências do utente devem ser tidas em conta. O cidadão quer ter mais informação do que aquela que é, actualmente, fornecida pelos profissionais de saúde e quer participar no processo de tomada de decisão. Contudo, para que possa participar de forma informada na decisão é necessário que exista não só um sistema de informação adequado que o possibilite, mas é, também, fundamental uma aposta forte na promoção da literacia em saúde.

### 3.3 – A PREVENÇÃO DE COMPLICAÇÕES

Segundo a OE (2001), o enfermeiro tem como missão prevenir complicações para a saúde dos clientes. E para prevenir tem que haver condições mínimas de actuação por parte dos enfermeiros sem as quais tal oportunidade não pode acontecer. O enfermeiro, na posse dos seus conhecimentos, tem que agir segundo o processo de enfermagem: identificação dos problemas, prescrição das intervenções, planeamento e implementação das mesmas, referenciação para outros profissionais de situações identificadas e que não fazem parte da sua actuação, supervisão das actividades implementadas e responsabilização pelas decisões tomadas

Prevenir complicações não é portanto um acto isolado de enfermagem, depende do meio onde se insere a sua actuação e depende sobretudo dos parceiros envolvidos, o cliente e os outros profissionais de saúde. Há que rentabilizar recursos e aumentar a confiança e a participação activa do utente.

Trabalho em equipa pode ser a denominação mais favorável para atingir esta meta.

### 3.4 – O BEM-ESTAR E O AUTO CUIDADO

Para a Ordem dos Enfermeiros (2001), o bem-estar e o auto-cuidado dos clientes devem ser outro grande componente dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem. Para que tal aconteça, devem ser assegurados no atendimento a rapidez na identificação e na actuação, implementando ou referenciando, a supervisão e a responsabilização. Ao enfermeiro cabe assegurar o bem-estar dos clientes, complementando as actividades de vida nas quais este é dependente.

### 3.5 – A READAPTAÇÃO FUNCIONAL

Para a OE (2001) a readaptação funcional é o resultado do trabalho conjunto enfermeiro/cliente, a partir da identificação dos problemas de saúde do cliente até à criação de processos de adaptação eficazes. São elementos importantes deste processo a continuidade dos cuidados, o planeamento da alta e os recursos da comunidade. São também parte integrante da prestação de cuidados “o ensino, a instrução e o treino do cliente sobre adaptação individual requerida face à readaptação funcional ” (PQCE, 2001, pág15)

### 3.6 – A ORGANIZAÇÃO DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM

Para terminar a apresentação destes enunciados descritivos dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, a OE (2001) faz referência à organização dos cuidados de enfermagem, onde é necessária, entre outros elementos, “a existência de um quadro de referências para o exercício profissional de enfermagem”, “a existência de um sistema de melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros, “a existência de um sistema de registos de enfermagem que incorpore sistematicamente, entre outros dados, as necessidades de cuidados de enfermagem do cliente, as intervenções de enfermagem e os resultados sensíveis às intervenções de enfermagem obtidos pelo cliente”, “a satisfação dos enfermeiros relativamente à qualidade do exercício profissional”, “o número de enfermeiros face à necessidade de cuidados de enfermagem, “a existência de uma política de formação contínua dos enfermeiros, promotora do desenvolvimento profissional e da qualidade” e finalmente “a utilização de metodologias de organização dos cuidados de enfermagem promotoras da qualidade”. (PQCE, pág.15)

São os enfermeiros responsáveis pela gestão que devem responsabilizar-se pela garantia da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados, planeando e realizando acções que visem essa melhoria. A avaliação da qualidade dos cuidados passa por definir padrões de cuidados de enfermagem e indicadores de avaliação.

Segundo Escoval (2003:24), a organização dos cuidados passa pela gestão e “gerir é avaliar, responsabilizar, transmitir, exigir, para conduzir pessoas com saber, competência e rigor assente em informação e conhecimento”.

## **PARTE II – RELATÓRIO DE ESTÁGIO**



## **4 – METODOLOGIA**

### **4.1 – O CONTEXTO**

O Sistema de Saúde Público Nacional faz parte da máquina do Estado, na qual, no seu conjunto, constam cerca de 512 mil funcionários (segundo dados do actual Governo). É uma sub-organização, com funcionários altamente qualificados que realizam tarefas legal e juridicamente muito bem enquadradas e sem espaço para dispersão pessoal, em termos de inovação e/ou de tomada de decisão. Podemos falar de um trabalho muito mecanizado, pois é altamente estruturado e planeado, com objetivos pré- estabelecidos.

O programa do anterior XVII Governo Constitucional define que «o sistema [de saúde] deve ser reorganizado a todos os níveis, colocando a centralidade no cidadão», constituindo os Cuidados de Saúde Primários o seu « pilar central ». O Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de Fevereiro, estabelece o enquadramento legal necessário à criação dos agrupamentos de centros de saúde do Serviço Nacional de Saúde, abreviadamente designados por ACES, e estabelece o seu regime de organização e funcionamento. Esta reorganização dos centros de saúde levou à formação dos ACES (Agrupamentos de Centros de Saúde), caracterizados como serviços de saúde com autonomia administrativa, constituídos por várias unidades funcionais.

Os Centros de Saúde componentes dos ACES intervêm nos âmbitos: comunitário e de base populacional; personalizado, com base na livre escolha do médico de família pelos utentes; do exercício de funções de autoridade de saúde. (D.R., 2008). Cada unidade funcional é composta por uma equipa multiprofissional, com autonomia organizativa, técnica que atua em intercooperação com as restantes unidades funcionais do Centro de Saúde e do ACES. Entre as unidades funcionais encontra-se a UCSP (Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados). Cada UCSP tem como missão garantir a prestação de cuidados de saúde personalizados à população inscrita de uma determinada área geográfica.

O Agrupamento de Centros de Saúde do Alentejo Central (ACES I), do qual faz parte o Centro de Saúde de Estremoz, depende diretamente da Administração Regional de Saúde do Alentejo, Instituto Público (ARSA, IP). Este ACES I é constituído pelos Centros de Saúde de Alandroal, Arraiolos, Borba, Estremoz (CSE), Mora, Redondo e Vila Viçosa. Em termos de população inscrita nestes Centros de Saúde temos um total de 60.889 inscritos, dos quais, cerca de 16.000 pertencem ao Centro de Saúde de Estremoz. Em recursos humanos o ACES I

é constituído por 1 Diretor executivo, 44 Médicos, 65 Enfermeiros, 16 Técnicos de diagnóstico e terapêutica, 11 Técnicos superiores, 70 Assistentes técnicos, 51 Assistentes operacionais e 2 Capelães (dados fornecidos pela UCSP Estremoz em Agosto 2011).

O concelho de Estremoz pertencente ao distrito de Évora, possui cerca de 15672 habitantes e é composto por treze freguesias: Arcos, Évoramonte, Glória, Santa Maria, Santa Vitória do Ameixial, Santo André, Santo Estêvão, São Bento de Ana Loura, São Bento do Ameixial, São Bento do Cortiço, São Domingos de Ana Loura, São Lourenço de Mamporcão e Veiros. Os utentes da freguesia dos Arcos foram recentemente englobados na UCC de Borba, ficando a pertencer a outro Centro de Saúde, apesar de manterem a mesma sede concelhia.

O Centro de Saúde de Estremoz encontra-se dividido em 4 Unidades funcionais, sendo que uma delas é de Apoio à Gestão / Sede do ACES I (UAG) e as outras 3 são de prestação de cuidados: SUB, UCC E UCSP (Serviço de Urgência Básica, Unidade de Cuidados na Comunidade e Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados).

O estágio decorreu na Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP).

A UCSP é constituída por um grupo de trabalho com coordenação médica, constituído por 9 médicos, 9 enfermeiros, além de outros técnicos de saúde, a saber: 1 psicólogo, 1 nutricionista, 1 higienista oral, 1 técnico de saúde ambiental e 1 assistente social. A prestação de cuidados que oferece abrange todo o concelho de Estremoz, à excepção da freguesia de Arcos que passou recentemente para a Unidade de Saúde Familiar de Borba (USF), também integrado no ACES I.

A UCSP de Estremoz possui um horário de funcionamento das 08:00h às 18:00h e todos os utentes das freguesias anteriormente descritas podem recorrer a estas instalações, Nos fins-de-semana e feriados apenas se encontra em funcionamento o gabinete de enfermagem para realização de tratamentos no período da manhã (9h-12h). Nesta unidade são prestados cuidados de saúde aos utentes que não necessitam de internamento hospitalar.

Em termos de prestação de cuidados de enfermagem, esta Unidade funciona das 09:00h às 12:30h e das 14:00h às 17:30h de segunda a sexta-feira e apresenta como atividades: Consultas de Enfermagem de Saúde Infantil, Saúde Materna e Planeamento Familiar, Vacinação, Programas TAO (Terapêutica de Anticoagulação Oral) e Rastreio de Cancro do Colo do Útero, Consultas de enfermagem de Utentes Hipertensos e Diabéticos e ainda Tratamentos. Ao fim de semana, a UCSP funciona apenas das 9h às 12h, com um elemento de enfermagem, para tratamentos de feridas e administração de injectáveis.

## 4.2 – OBJECTIVOS DO ESTÁGIO

Foram delineados os seguintes objectivos de estágio:

- Caracterizar a Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) como local de estágio;
- Caracterizar os elementos de enfermagem que compõem a unidade onde se realiza o estágio;
- Caracterizar o trabalho realizado pelos elementos de enfermagem da UCSP;
- Avaliar os critérios de idoneidade formativa dos contextos de prática clínica de enfermagem na UCSP, aplicando o Referencial de Avaliação proposto pela Ordem dos Enfermeiros (OE);
- Demonstrar as evidências e o nível de cumprimento dos critérios de idoneidade formativa;
- Estabelecer as linhas gerais de um Plano de Acção para o cumprimento dos critérios de idoneidade formativa;

## 4.3 – INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS

A Ordem dos Enfermeiros propõe a aplicação de um referencial único e abrangente para o reconhecimento de idoneidade formativa ao nível dos contextos de prática clínica, que inclua todos os requisitos/condições de idoneidade aplicáveis aos diferentes contextos de prestação de cuidados de enfermagem no Sistema Nacional de Saúde.

A partir do Referencial de Avaliação da Idoneidade Formativa dos Contextos de Prática Clínica, a OE estabeleceu o enunciado descritivo “A Organização dos Cuidados de Enfermagem” como eixo organizador, de dimensões, critérios e indicadores que devem considerar-se neste processo de acreditação dos contextos de prática clínica de enfermagem. Para aplicar este referencial foi construída uma grelha onde constam ainda quadros de evidência para cada um dos Critérios/ Indicadores, precedido por outro quadro que assinala a existência ou não dos mesmos.

A grelha de avaliação apresenta-se em anexo (Anexo II)

#### 4.4 – RECOLHA DE DADOS

O estágio, realizado em contexto de trabalho, decorreu entre a 2<sup>a</sup> semana de Abril e 24 de Junho de 2011, num total de 360H, na Unidade de Cuidados Personalizados (UCSP) do Centro de Saúde de Estremoz. Em Anexo I apresenta-se a autorização de frequência de estágio.

Foi feita observação de todos os elementos de enfermagem no desenvolvimento das suas práticas profissionais, onde nos incluímos. Foi feita colheita de dados que incidu principalmente sobre informação biográfica, de modo a podermos caracterizar o grupo.

A pesquisa bibliográfica incidu essencialmente sobre o Modelo de Desenvolvimento Profissional, a sua regulamentação e os caminhos percorridos até ao presente.

A avaliação da idoneidade formativa do contexto aconteceu a partir do Referencial de Avaliação proposto pela OE, baseado nos enunciados descritivos dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem; foi aplicada a grelha de avaliação construída e que consta em anexo neste trabalho (Anexo II).

#### 4.5 – CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

As actividades descritas no Cronograma (Anexo III), reflectem o tempo e a organização do estágio, desde a sua concepção, com a entrega do projecto de estágio, até à sua finalização, em forma de relatório de estágio.

Após a conclusão da parte curricular do Mestrado, foi entregue no mês de Dezembro de 2010 o Trabalho de Projecto, com a identificação do tema e dos objectivos do estágio. A escolha do orientador aconteceu também neste momento. Iniciaram-se as burocracias para autorização do estágio entre a Escola e a Unidade de Saúde pretendida durante o mês de Janeiro de 2011, tendo o processo ficado concluído em finais de Março. O estágio aconteceu de Abril a Junho do ano citado, tendo sido neste período feita a recolha de dados para a avaliação da idoneidade formativa do contexto de prática clínica de enfermagem.

De Junho a Dezembro de 2011 foi feita a análise dos dados recolhidos, iniciando-se em simultâneo a redacção do relatório que apenas ficou concluído em Junho de 2012.

## **5 – APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS**

### **5.1 - CARACTERIZAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM**

O grupo de enfermeiros que constitui a Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) apresenta 9 elementos, sendo que 8 elementos são do sexo feminino e apenas 1 do sexo masculino. Destes, 3 enfermeiros cobrem as 5 Extensões de Saúde que têm apoio da UCSP: Veiros, São Bento do Cortiço, São Lourenço, Évoramonte e Glória. Os outros 6 elementos trabalham na sede e destes apenas 5 estão na prestação directa de cuidados de enfermagem.

A média de idades do grupo é de 46,77 anos, e a média de anos de serviço é de 22,44 anos (Quadro I).

Quadro I

CARACTERIZAÇÃO BIOGRÁFICA DOS ENFERMEIROS DA UCSP

Enfermeiro (E)	Idade (anos)	Género	Estado civil	Tempo de Serviço na Instituição
E1	46	F	Solteira; 1 filho	> 10 anos
E2	46	F	Casada; 2 filhos	> 10 anos
E3	45	F	Casada; 2 filhos	> 10 anos
<b>E4</b>	<b>34</b>	<b>F</b>	<b>Solteira</b>	<b>&lt;10 anos</b>
E5	54	M	Casado; 2 filhos	> 10 anos
E6	59	F	Casada; 2 filhos	> 10 anos
<b>E7</b>	<b>37</b>	<b>F</b>	<b>Divorciada, 2 filhos</b>	<b>&lt;10 anos</b>
E8	54	F	Casada	> 10 anos
E9	46	F	Casada; 2 filhos	> 10 anos

As habilitações literárias destes elementos variam entre o bacharelato (1 elemento) e a licenciatura (8 elementos), sendo que a sua categoria profissional (Quadro II) é a de enfermeiros graduados em 7 dos casos, enfermeiro chefe (1 caso) e enfermeira especialista (1 caso); existe 1 enfermeira com especialidade (Saúde Comunitária) mas que não tem essa categoria profissional.

Todos os elementos se encontram na situação de Contrato Individual de Trabalho por Tempo Indeterminado, com mais de 10 anos de exercício profissional; na Instituição (Centro de Saúde de Estremoz) apenas 2 elementos trabalham há menos de 10 anos.

Quadro II

CARACTERIZAÇÃO ACADÉMICA/ PROFISSIONAL DOS ENFERMEIROS DA UCSP

Enfermeiro (E)	Curso Base	Formação Adicional	Categoria Profissional	Vínculo	T.E.P. <sup>1</sup>
E1	3+1	Pós Lic. Especialidade + Frequência de Mestrado	Grau II	CTFPTI <sup>2</sup>	24
E2	3+1	-	Grau II	CTFPTI <sup>2</sup>	22
E3	3+1	Frequência de Mestrado	Grau II	CTFPTI <sup>2</sup>	17
E4	4	-	Grau II	CTFPTI <sup>2</sup>	11
<b>E5</b>	<b>3+1</b>	<b>Pós Lic. Especialidade</b>	<b>Enf Chefe</b>	<b>CTFPTI<sup>2</sup></b>	<b>29</b>
E6	3+1	Pós Lic. Especialidade	Especialista	CTFPTI <sup>2</sup>	31
E7	3+1	-	Grau II	CTFPTI <sup>2</sup>	16
E8	3	-	Grau II	CTFPTI <sup>2</sup>	30
E9	3+1	-	Grau II	CTFPTI <sup>2</sup>	22

<sup>1</sup> Tempo de Exercício Profissional

<sup>2</sup> Contrato de Trabalho em Funções Públicas por Tempo Indeterminado

## 5.2 - PRESTAÇÃO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM

A prestação de cuidados de enfermagem está organizada de diferentes formas: nas extensões de saúde os enfermeiros prestam cuidados segundo o modelo de enfermeiro de família, isto é, todos os programas de saúde são da sua responsabilidade, todos os utentes estão inseridos na sua organização individual de trabalho; exceptua-se o programa de vacinação, que apenas é feito a adultos nas extensões. Na sede, pelo contrário, os enfermeiros trabalham por tarefas, isto é, alternam semanalmente a sua área de prestação nos diversos

programas que existem (Anexo IX). Exceptuam-se os programas de Visitas Domiciliárias e de Vacinação: no primeiro existe um enfermeiro responsável anualmente e a tempo inteiro (não presta outro tipo de cuidados); no programa de Vacinação existe desde os últimos 11 anos uma enfermeira responsável a tempo inteiro e que não presta outro tipo de cuidados. Neste programa, vacinação, apenas dois outros enfermeiros do grupo tem competências adquiridas para substituir o enfermeiro responsável na sua ausência.

O enfermeiro chefe, que detém a categoria e ocupa a posição de responsável pela UCSP desenvolve as suas funções num gabinete situado numa área diferente da área de cuidados de enfermagem; desloca-se pontualmente à área de cuidados e pode ser contactado pelo telefone. Em situações que é necessário decidir e avançar com acções, o enfermeiro responsável pela vacinação é aquele que intervém, até mesmo na realização de trabalho relacionado com a competência do enfermeiro chefe, como seja a construção dos horários e o cálculo das horas extraordinárias. Todos os enfermeiros do grupo reconhecem “o enfermeiro da vacinação” como o responsável da Unidade.

Do grupo de enfermeiros da UCSP, os 3 enfermeiros das extensões e os 3 enfermeiros que não têm programa atribuído, desdobram-se entre si nos diversos programas: tratamento de feridas, consultas de enfermagem de planeamento familiar, saúde infantil, diabetes e hipertensão, apoio em atos interdependentes como seja o rastreio para prevenção do cancro do colo do útero e ainda no programa TAO (terapêutica anti-coagulante oral).

Pela análise do Quadro III podemos concluir que nas Extensões de Saúde existe um enfermeiro responsável por todos os programas de enfermagem, apesar da necessidade pontual de este se ter que deslocar para a Sede. É este enfermeiro que tem a seu cargo a pequena comunidade, constituída por um conjunto de famílias que conhece e pode abarcar na sua prestação de cuidados. Existem duas Extensões de Saúde que apesar de terem Médico de Família não dispõem de cuidados de enfermagem, tendo os utentes que se deslocar à Sede para esse efeito.



### Quadro III

#### PRESTAÇÃO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM NA UCSP DE ESTREMOZ POR ELEMENTOS E POR TEMPO

UCSP de Estremoz (Sede e Extensões)	Utentes inscritos	Número de enfermeiros que prestam cuidados	Cuidados de Enfermagem/ semana
Sede	10197	5(2x semana) 6 (3xsemana)*	5 x semana
Extensão de Saúde Évoramonte	552	1	2x semana**
Extensão de Saúde Glória	446		2 xsemana**
Extensão de Saúde São Bento do Cortiço	658	1	2x semana**
Extensão de Saúde São Lourenço de Mamporção	515		2x semana**
Extensão de Saúde São Bento do Ameixial	162	0	--
Extensão de Saúde São Domingos de Ana Loura	234	0	--
Extensão de Saúde Veiros	1003	1	4x semana **
Total	13767	8	

Fonte: UCSP, serviços administrativos

\*- Participação de 1 elemento de enfermagem da Extensão de Saúde

\*\* - Nos restantes dias da semana estão na Sede

Da actuação dos profissionais de enfermagem emerge o modelo Bio Médico, em que a prática assume um cariz interdependente, relegado a autonomia para segundo plano. Segundo este Modelo, os cuidados de enfermagem, sobretudo os cuidados técnicos, são orientados e determinados pela doença (Collière,1989), isto é, as actividades de enfermagem tornam-se muito dependentes e subordinadas aos aspectos médicos e à sua prática, focando-se num objectivo principal que é a cura do doente. Assim, podemos referir, pela observação do Quadro IV, que a maior parte das horas de cuidados de enfermagem são atribuídas ao Programa de Tratamento de Feridas e Administração de Injectáveis, essencialmente orientado para o tratamento sob prescrição médica e onde o objectivo principal é a cura.

Outro pormenor que caracteriza esta unidade, e também visível no Quadro IV, é a colocação de enfermeiros disponíveis para o programa de Rastreio de Cancro do Colo do Útero, consoante as orientações médicas; e também aqui o “trabalho” da enfermagem é

centrado nos cuidados físicos, relacionados com a preparação de material e de ambiente circundante, fazendo *para* o utente em vez de *com* o utente (Colliére, 1989)

As consultas de enfermagem de Diabetes e de Hipertensão, não coincidentes com consultas médicas, são os que apresenta menos horas disponíveis para atendimento e prestação de cuidados. A autonomia destas consultas, para actividades de competência relacional e educativa são assim as que menos pesam nas actividades totais dos enfermeiros desta Unidade.

Os programas de Vacinação e de Enfermagem Domiciliária estão a cargo de enfermeiros responsáveis a tempo inteiro; o primeiro rege-se pelo Programa Nacional de Vacinação e o segundo apresenta a maior carga horária de prestação de cuidados, o que se relaciona com a imprevisibilidade das necessidades e com o tempo despendido nas deslocações.

#### Quadro IV

##### PRESTAÇÃO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM NA UCSP DE ESTREMOZ POR ELEMENTO E POR PROGRAMA

Programas de Enfermagem/ UCSP de Estremoz/ Sede	Horas semanais de prestação de cuidados de enfermagem	Número de enfermeiros /programa
Consulta de Enfermagem de Diabetes ( <u>Não coincidente com consulta médica</u> )	14H/semana (9H/12.30H) 4x semana	1
Consulta de Enfermagem de Hipertensão ( <u>Não coincidente com consulta médica</u> )	7H/ semana (14H/17.30H) 2x semana	1
Consulta de Enfermagem de Planeamento Familiar, Saúde Infantil e Saúde Materna ( <b>Coincidente com consulta médica</b> )	14H/semana (14H/17.30H) 4x semana	1
Programa de Rastreio de Cancro do Colo do Útero ( <b>Coincidente com consulta médica</b> )	14H/semana (14H/17.30H) 4x semana	*
Programa de Tratamento de Feridas e Administração de Injectáveis ( <b>Prescrição Médica</b> )	45.30H/semana + 6H **/semana	2 (9H/12.30H) 1 (14H/17.30H)
Programa de Terapêutica Oral Anticoagulante (TAO) ( <b>Coincidente com consulta médica</b> )	14H/semana (14H/17.30H) 4x semana	1
Programa de Vacinação	24.30H/semana (9H/12H 5x semana + 3.30H) 2x semana	1
Programa de Enfermagem Domiciliária	35H /semana	1

\* - Dependente dos pedidos médicos

\*\* - Acrescem 6H extraordinárias semanais (9H/12H Sábados e Domingos)

### 5.3 – AVALIAÇÃO DA IDONEIDADE FORMATIVA DO CONTEXTO DE PRÁTICA CLÍNICA

#### 5.3.1 – Dimensão 1

Durante o período de estágio na UCSP foi feita a colheita de dados proposta, aplicando-se a grelha de avaliação da idoneidade formativa do campo de prática clínica; foi também feita observação, sobre a prática de cuidados bem como uma pesquisa sobre registos e documentos relacionados com a Unidade. Aplicou-se um pequeno questionário para

caracterização biográfica e académico/profissional do grupo de enfermagem (Anexo IV) e foi também feita uma entrevista informal ao enfermeiro chefe, no sentido de recolher informações sobre a organização do serviço.

Após a colheita de dados realizada e fazendo a primeira análise à grelha de avaliação, constatamos que em relação à dimensão “Quadro de Referência para o Exercício Profissional de Enfermagem”, com o critério de “existência de um enquadramento conceptual de referência para o Exercício Profissional de Enfermagem” e os seus três indicadores, não foram encontradas evidências.

Pela importância que se reveste este primeiro quadro, na procura da excelência dos cuidados de enfermagem, a sua inexistência é uma situação que deverá ser alterada.

O Quadro de Referência contempla os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem que expõem todos os aspectos essenciais para o aumento da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados ao indivíduo. O Quadro de Referência aponta os aspectos do Código Deontológico dos enfermeiros, definindo as boas práticas profissionais. O Quadro de Referência poderá e deverá ainda ter conceitos relacionados com a filosofia do cuidar, de modo a conceptualizar a prática de enfermagem da respectiva unidade onde se encontra.

Da prática de cuidados de enfermagem no local de estágio, podemos observar e concluir que existe uma acção do enfermeiro para o utente com a intenção de contribuir para seu bem-estar e/ou diminuir o seu sofrimento. O objecto dos cuidados de enfermagem é assim uma pessoa, um grupo ou uma comunidade. Os fenómenos associados a esta prática são: a saúde do utente (a finalidade dos cuidados de enfermagem), e as relações enfermeiro-outros profissionais, como sendo parte de uma equipa multidisciplinar. Cada elemento de enfermagem age de acordo com os seus princípios individuais, conceitos, valores e crenças o que equivale a dizer que, individualmente, o enfermeiro desta Unidade tem um quadro conceptual de referência para a prática de cuidados de enfermagem.

Desde 2003 que a OE apresentou o quadro de referência para a profissão, com o enquadramento teórico para a prática profissional, com os conceitos de saúde, pessoa, ambiente e cuidados de enfermagem. Incluem-se também os enunciados descritivos que incluem a satisfação do cliente, a promoção da saúde, a prevenção de complicações, o bem-estar e o auto cuidado, a readaptação funcional e a organização dos cuidados de enfermagem, já explanados em um capítulo anterior.

A UCSP onde se realizou o estágio não tem um referencial próprio. O grupo profissional age de formas diferentes consoante o seu referencial individual. Podemos dizer

que coexistem diferentes formas de abordar o objecto dos cuidados – o utente. No desenvolvimento das actividades de enfermagem e num esquema de prestação de cuidados à tarefa, é difícil entender a relação estabelecida com o utente. A alteração de saúde é identificada, o diagnóstico é feito, as intervenções planeadas e as acções executadas mas no próximo contacto o utente depara-se com outro profissional que tem uma visão diferente e pode alterar todo o plano estabelecido anteriormente.

Ainda na dimensão de Quadro de Referência mas no critério de Plano de Actividades de Enfermagem, com os seus indicadores respectivos, não foram encontradas evidências.

### **5.3.2 – Dimensão 2**

A dimensão “Sistema de Melhoria Contínua da Qualidade do Exercício Profissional dos Enfermeiros” apresenta quatro critérios e quinze indicadores que foram avaliados neste local. O primeiro critério apresenta-se como a “Existência de dispositivos que permitam a implementação e monitorização dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem”. Neste, encontramos três indicadores sendo o primeiro a “Formação realizada a pelo menos 75% dos enfermeiros, relativa aos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem”. Não existindo evidência deste indicador, torna-se imperativo alterar esta situação pois a formação contínua e em serviço sobre os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem poderá fazer a diferença no processo de acreditação da idoneidade formativa do contexto.

Também não foram encontradas evidências em relação aos segundos e terceiros indicadores, “Evidência de designação de elemento dinamizador dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem” e existência de pelo menos um “Projecto de melhoria dos cuidados de enfermagem”.

Uma vez definidos os padrões de qualidade pela OE, cabe aos enfermeiros nas organizações, e às organizações por si, desenvolver esforços no sentido de garantir as condições para um exercício profissional de qualidade. O conceito de qualidade subjacente é fazer progressivamente e de forma contínua o melhor que for possível, com as condições existentes e tendo por base uma filosofia de análise do desempenho baseada em informação credível.

A melhoria contínua da qualidade do exercício profissional só é conseguida através da actualização constante e oportuna dos conhecimentos e competências de Enfermagem (Leprohon, 2002). Para que tal aconteça é necessária uma abordagem de promoção da

qualidade baseada na tríade Estrutura – Processo – Resultado. Marek (1997), citado por Pereira (2007:85), considera que é essencial, tendo em atenção as condições sob as quais os cuidados de enfermagem são prestados, identificar e monitorizar o “que os enfermeiros fazem (intervenções de enfermagem) em resposta a que condições dos pacientes (diagnósticos de enfermagem) e com que impacte (resultados de enfermagem) ”.

No critério que se relaciona com “a existência de dispositivos que permitam uma análise regular das práticas e a correcção dos desvios, caso se verifiquem”, não existe qualquer evidência em nenhum dos quatro indicadores.

O sistema de avaliação da qualidade institucional permite uma análise regular das suas práticas e a correcção dos desvios caso se verificassem. A implementação de um sistema de gestão da qualidade é uma decisão estratégica para a instituição. Pode ser feita utilizando recursos próprios ou recorrendo a uma entidade exterior, com o objectivo de obter resultados com um nível de qualidade assinalável e uma pequena variação na prestação de serviços. Devem ser aplicados processos de monitorização, medição, análise e melhoria para assegurar a conformidade do sistema de gestão da qualidade, melhorando continuamente a sua eficácia, o que inclui a medição da satisfação do cliente e auditorias internas. Para eliminar a causa das não conformidades devem ainda ser implementadas acções correctivas e preventivas. (Carapeto e Fonseca, 2006)

A existência de programas de certificação ou acreditação numa Instituição consiste, segundo o Instituto Português da Qualidade (IPQ), no reconhecimento formal por um organismo de certificação – entidade externa independente e preferencialmente acreditada no âmbito do Sistema Português da Qualidade (SPQ) – e após a realização de uma auditoria, de que essa instituição/organização dispõe de um sistema de gestão implementado que cumpre as normas aplicáveis, dando lugar à emissão de um certificado.

Segundo a alínea b) do artigo 4º do Decreto-Lei n.º 140/2004, de 8 de Junho, certificação é “o procedimento através do qual uma terceira parte acreditada dá uma garantia escrita de que um produto, processo, serviço ou sistema está em conformidade com requisitos especificados”. Assim, o processo de certificação de uma organização/instituição consiste na concepção, criação, implementação e certificação de um sistema da qualidade, relativo a um modelo de garantia da qualidade adequado.

Segundo a alínea a) do artigo 4º do Decreto-Lei n.º 140/2004, de 8 de Junho, acreditação é “o procedimento através do qual o Organismo Nacional de Acreditação reconhece, formalmente, que uma entidade é competente tecnicamente para efectuar uma

determinada função específica, de acordo com normas internacionais, europeias ou nacionais, baseando-se, complementarmente, nas orientações emitidas pelos organismos internacionais de acreditação de que Portugal faça parte”.

Acreditação consiste, segundo o Instituto Português de Acreditação (IPAC), no reconhecimento da competência técnica de entidades para executar determinadas actividades de avaliação da conformidade como sejam calibrações, ensaios, certificação e inspecção. Enquadra-se no Subsistema da Qualificação do SPQ constituindo-se como o topo e o regulador dos processos e agentes de avaliação da conformidade.

A acreditação diferencia-se da certificação por não só exigir um sistema da qualidade, mas ainda requerer a necessária competência técnica para garantir confiança nos resultados e produtos das actividades acreditadas.

Existem diferentes processos de certificação e de acreditação de garantia de qualidade.

Em relação à certificação, podemos referir as normas ISO 9000 e NP EN ISO 9001. A primeira refere-se a uma padronização interna de responsabilidades e procedimentos a seguir, garantindo um óptimo funcionamento do sistema. A segunda baseia-se em princípios de gestão da qualidade e é utilizada na certificação de serviços através de uma especificação de requisitos para o sistema da gestão de qualidade. Todos os requisitos desta norma são genéricos e aplicáveis a todas as organizações, independentemente do tipo, dimensão e produto que proporcionam, podendo ser utilizados para certificar serviços dentro de uma organização. A norma NP EN ISO 9001 está baseada em oito princípios de gestão da qualidade: focalização no cliente, liderança, envolvimento das pessoas, abordagem por processos, abordagem à gestão através de um sistema, melhoria contínua, abordagem à tomada de decisões baseada em factos e relações mutuamente benéficas com fornecedores.

A acreditação é um sistema de avaliação externa a que uma instituição pode submeter-se de forma voluntária, sendo esta acreditação fornecida com carácter periódico e de forma reservada, isto é, sem que a própria instituição se aperceba que está a ser avaliada. É necessário um compromisso muito válido por parte da instituição no sentido da melhoria da qualidade dos cuidados prestados, para obter acreditação. Dentre as entidades que fazem acreditação, de forma independente e a nível mundial, referimos as duas mais importantes:

A *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations – JCAHO* e a *CHKS Healthcare Accreditation and Quality Unit*. Ambas desenvolvem sistemas privados, sem fins lucrativos, e uma ou outra é aplicada em resposta a necessidades e circunstâncias sociais e políticas diversas. Actualmente as áreas de segurança e direitos dos doentes

aparecem como pedras basilares destes programas. A JCAHO foi constituída em 1966, nos Estados Unidos da América, com o surgimento da necessidade de obtenção de apoios em algumas áreas profissionais e grupos de pressão não abrangidos pelos critérios e requisitos para a acreditação de hospitais do programa “padrões mínimos para a prática clínica”. É líder mundial na acreditação de cuidados de saúde e desde 1999 já certificou mais de 140 hospitais em 27 países. O processo de acreditação é baseado em normas internacionais consensuais e uniformes, com expectativas alcançáveis para as instituições de saúde. É adaptado às normas legais, factores culturais e religiosos dos diferentes países. A missão da JCAHO é a de melhorar continuamente a segurança e a qualidade dos cuidados de saúde na comunidade internacional através da prestação de serviços de educação e de consultadoria e de acreditação internacional (informação retirada do sítio da JCAHO). A JCAHO acredita um leque vasto de prestadores de cuidados de saúde, incluindo para além dos hospitais, os cuidados ambulatoriais e os domiciliários, entre outros. A maior parte dos critérios utilizados não são do domínio público, mas os que o são apontam para uma acreditação baseada no cumprimento de critérios relacionados com estrutura e processos. A versão actual do Manual atribui uma importância capital às questões da segurança do cliente e à análise dos acontecimentos inesperados e adversos, enquanto caminho principal para a redução dos riscos inerentes à prestação de cuidados de saúde. O controlo da dor e os cuidados prestados em doentes terminais são também objecto de uma atenção muito particular. (Boto, Costa e Lopes, 2008).

No terceiro critério sobre a “existência de procedimentos de segurança documentados e actualizados” a que corresponde cinco indicadores, não foram encontradas evidências da sua existência. Da entrevista informal com o enfermeiro chefe podemos referir que existe uma Comissão Regional de Controlo de Infecção, dependente da Direcção Geral da Saúde (DGS); ao nível dos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) existe uma Comissão de Controlo de Infecção, criada em Fevereiro de 2010 e da qual fazem parte um coordenador e dois outros elementos. No caso do ACES I são um Médico de Saúde Pública, um Enfermeiro e um Técnico de Saúde Ambiental.

Esta Comissão é responsável a nível local e tem em cada Unidade Funcional um elemento dinamizador que, no caso da UCSP onde foi realizado o estágio, é uma enfermeira que foi nomeada em Maio de 2011.

A Comissão de Controlo de Infecção do ACES I, apresentou em Setembro 2010 o seu Regulamento Interno e em Junho de 2011 o seu Diagnóstico de Situação, a partir do qual se vai estabelecer o Plano de Actividades para 2012.



Anteriormente todas as orientações eram da responsabilidade da Comissão Regional de Controlo de Infecção.

Não há documentos acessíveis para consulta mas da entrevista com a chefia de enfermagem podemos constatar que estão em realização os planos de segurança para o edifício e existem algumas recomendações de boas práticas que são recomendações da Comissão Regional de Controlo de Infecção e que irão ser alvo de uma actualização.

Assim no “controlo e monitorização de infecção associada aos cuidados de saúde” existem na UCSP:

- .Recomendação de boas práticas para a higienização das mãos (Anexo V);
- Recomendação de boas práticas a descontaminação de materiais e equipamentos (Anexo VI);
- Recomendação de boas práticas sobre antissépticos e desinfectantes (Anexo VII);
- Recomendação de boas práticas para a higienização do ambiente (Anexo VIII).

No segundo ponto sobre a “triagem de resíduos” não foram encontradas evidências.

No terceiro ponto que aborda a “manutenção preventiva (sistema eléctrico; água, saneamento, elevadores, estrutura do edifício)” não foram encontradas evidências, apesar de sabermos que elas existem e são da responsabilidade da Parte

No quarto ponto sobre “armazenamento dos stocks” existe um Projecto de Reformulação de Produtos de Farmácia e Consumo Clínico que pretende melhorar a eficácia e diminuir o desperdício de materiais entre o armazém de material existente no Centro de Saúde e as diferentes Unidades Funcionais que o constituem. Este Projecto irá ser apresentado aos enfermeiros das Unidades e entrará em vigor em 2012.

Em relação à “existência de instalações adequadas à prática de cuidados de Enfermagem com qualidade e segurança (espaços, iluminação, limpeza, circuitos do lixo e sujos)” podemos considerar como evidência a existência de dois documentos que regem a prática apesar de não estarem disponíveis para consulta:

- Recomendação de boas práticas para a higienização do ambiente (Anexo VIII).
- Recomendação de boas práticas a descontaminação de materiais e equipamentos (Anexo VI);

Em relação ao critério “evidência da avaliação da qualidade dos produtos e sua adequação às necessidades dos serviços” não foram encontradas evidências, assim como em nenhum dos indicadores respectivos.

### **5.3.3 – Dimensão 3**

Abordando a dimensão “Sistemas de Informação em Enfermagem” está implementado nesta Unidade, desde Janeiro 2011 o Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem (SAPE) que consiste num processo de registos dos cuidados de enfermagem utilizando a linguagem definida pela Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE).

A CIPE - em inglês *International Classification for Nursing Practice* (ICNP) - foi desenvolvida pelo Conselho Internacional de Enfermeiros (ICN) com vista a uniformizar conceitos e catalogar diagnósticos de Enfermagem, resultados e intervenções, criando uma terminologia comum a todos os enfermeiros.

Em Abril de 2006, a Ordem dos Enfermeiros lançou a versão portuguesa da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) 1.0 e manteve o seu empenho na actualização desta classificação, lançando a CIPE 2 em Outubro de 2010. Em Portugal foi criada uma aplicação informática (SAPE) baseada nesta linguagem e que actualmente se encontra em funcionamento na maioria das instituições de saúde do país.

Esta classificação permite ao enfermeiro identificar diagnósticos de enfermagem através de fenómenos de enfermagem, que dizem respeito à Pessoa, às Funções, ao meio ambiente, etc. O enfermeiro planeia as suas intervenções de acordo com as necessidades da pessoa e com as suas necessidades, tendo em consideração as incapacidades com que se depara. Esta Classificação permite avaliar os resultados da prática de enfermagem, através das respostas às intervenções de enfermagem e à evolução positiva ou negativa do *status* dados aos fenómenos nos diagnósticos feitos pelos enfermeiros. A CIPE permite utilizar a sua linguagem informaticamente e tem ainda a possibilidade de elaborar diagnósticos de enfermagem de forma padronizada com qualquer enfermeiro em qualquer parte do mundo.

Os enfermeiros da UCSP receberam formação prática no serviço sobre as duas aplicações e iniciaram a sua utilização aos utentes que recorrem a esta unidade de saúde. Apesar de serem referidas algumas dificuldades na aplicação e registo de todos os cuidados prestados a disponibilidade de meios informáticos permite que se possa evoluir com a continuidade da prática. Existe um elemento de enfermagem que faz parte do grupo de parametrização do SAPE ao nível do ACES I mas ainda não qualquer informação sobre o que se vai alterar ou melhorar.

#### **5.3.4 – Dimensão 4**

A dimensão “satisfação profissional dos enfermeiros”, com o seu critério de “existência de dispositivos que avaliem regularmente a satisfação dos enfermeiros” e os seus dois indicadores, “estabelecida forma regular de avaliação da satisfação dos enfermeiros” e de “evidência de elevados níveis de satisfação dos enfermeiros” não apresentam quaisquer evidências.

A situação deve ser revista de forma atempada pois a satisfação profissional do enfermeiro influencia o seu desempenho e o seu comportamento profissional e social. Pelas exigências próprias do seu trabalho, o enfermeiro que desempenha a função de cuidar do utente, deverá ter melhores condições e técnicas para melhorar a qualidade do cuidar se estiver satisfeito profissionalmente.

É importante que se realizem estudos, através da aplicação de questionários, que permitam avaliar regularmente a satisfação dos enfermeiros. Estes estudos permitirão verificar falhas e limites que podem ser resolvidos, contribuindo assim para a melhoria dos cuidados prestados.

No critério “evidência da valorização dos resultados de satisfação dos enfermeiros” com o indicador “evidências de medidas ou estratégias resultantes da avaliação para efeitos de gestão da qualidade/gestão de recursos humanos” foi recolhida como evidência a existência do sistema de apoio à prática de enfermagem.

#### **5.3.5 – Dimensão 5**

Em relação à dimensão “dotações seguras em enfermagem” existe a utilização de instrumentos de avaliação das necessidades em cuidados de enfermagem e a adequação do número de enfermeiros em função dos resultados da avaliação das necessidades em cuidados de enfermagem; as evidências recolhidas são o Sistema de Classificação de Doente em Enfermagem e o Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem.

O conceito das dotações seguras surgiu em resultado de alterações no sistema de cuidados de saúde, a nível mundial, como foram as epidemias da SIDA e da GRIPE a par de recessão económica que elevaram os cuidados de saúde e levaram à falta de enfermeiros. Apesar de não existir consenso relativamente a dotações seguras de enfermagem, é

reconhecido a importância que elas têm na segurança, morbidade e mortalidade dos doentes. É também consensual a noção de que dotação vai para além de quantidade de enfermeiros, passando por outros determinantes como sejam carga laboral, ambiente de trabalho, complexidade dos doentes, nível de qualificação do enfermeiros, entre outros.

A nível nacional, a Ordem dos Enfermeiros e o Ministério da Saúde têm desenvolvido esforços, alcançando em Março de 2011 um acordo inédito sobre o cálculo de enfermeiros necessários nas diferentes unidades do Serviço Nacional de Saúde (SNS). Este acordo resulta de um trabalho desenvolvido por um Grupo de Trabalho para o Cálculo da Dotação de Enfermeiros no SNS, que congregou elementos destas duas entidades, com vista ao aumento da segurança dos cuidados prestados aos cidadãos. A título de exemplo, o grupo de trabalho com representantes da OE e do MS recomendam um enfermeiro para cada 1.550 utentes ou por 350 famílias inscritos nas Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados e/ou nas Unidades de Saúde Familiar. (Informação/notícias in página da ordem dos enfermeiros sobre *dotações para os serviços de saúde: 10-3-2012* ). Pela observação do Quadro III, podemos referir que, para uma população de 13767 inscritos no centro de Saúde/UCSP existem 9 enfermeiros a prestarem cuidados de enfermagem o que está de acordo com as orientações da OE. Não podemos no entanto esquecer que o cálculo não pode ser tão simplista e tem que atender a outros factores já anteriormente descritos. O essencial é que haja uma gestão de cuidados preocupada e informada, de modo que possa a tempo alterar o rácio enfermeiro utente em caso de necessidade.

Em relação ao critério “evidência de estabilidade na equipa de enfermagem” e indicador de “índice de rotatividade anual inferior a 15%”, pela análise do Quadro I podemos constatar que ela existe, pois a maioria dos enfermeiros está nesta Instituição/Unidade há mais de 10 anos.

No aspecto das escalas de trabalho adequadas existe um modelo de organização de escalas de trabalho que cumpre as disposições legais conforme a norma de elaboração de horários, referido pelo enfermeiro chefe e não disponibilizado para consulta.

No critério “ter recursos humanos para prática tutelada de enfermagem” não foram encontradas evidências bem como para os respectivos indicadores, “ter pelo menos dois supervisores clínicos certificados pela Ordem dos Enfermeiros” e “respeito pelo rácio supervisando-número de enfermeiros do contexto de prática clínica”.

### **5.3.6 – Dimensão 6**

Abordando a dimensão “política de formação contínua de enfermeiros” em relação ao critério “a existência de uma política e práticas de formação contínua, promotoras do desenvolvimento profissional e da qualidade” são referidos 7 indicadores:

- a) Existência de enfermeiro responsável pela coordenação da formação em serviço;
- b) Existência de um Plano Anual de Formação que vá ao encontro das necessidades identificadas pelos enfermeiros;
- c) Existência de Relatório de formação, que contemple avaliação da formação e do impacto dos seus resultados;
- d) Existência de critérios explícitos para a selecção de enfermeiros enquanto formadores (interna e externamente) e enquanto formandos (interna e externamente);
- e) Evidência de participação de enfermeiros do serviço em projectos/ grupos de trabalho pertinentes para o contexto e/ou para a enfermagem;
- f) Existência de dispositivos de formação promotores de prática reflexiva regulares e sistemáticos: “análise das práticas”; “estudos de caso”; “supervisão clínica”;
- g) Evidência de que os supervisores clínicos estão inseridos na bolsa de supervisores regional e envolvidos nos processos de formação contínua de supervisores.

Não foram encontradas evidências.

No critério “existências de meios e recursos adequados ao desenvolvimento da formação contínua e em serviço” existem três indicadores:

- 1. “Existência de recursos de suporte informativo e pedagógico de apoio aos enfermeiros (ex: acesso à internet; biblioteca; estudos relevantes e actuais)”. Este indicador está presente na Unidade, ao nível de apoio informático, o que permite o acesso a recursos de suporte informativo e pedagógico;
- 2. “Evidência de parcerias para a formação e investigação em enfermagem”. Neste indicador não foi recolhida qualquer evidência;
- 3. “Existência de Planos de Integração de Enfermeiros no Serviço”. Também não foi recolhida qualquer evidência sobre este indicador.

### **5.3.7 – Dimensão 7**

Na dimensão “metodologias de organização de cuidados de enfermagem” tendo como critério a “evidência de utilização de metodologias de organização de cuidados de enfermagem promotora de qualidade” em que tem como indicadores:

- “Evidência de metodologias de organização de cuidados de enfermagem baseadas na evidência científica e tendo por referência os enunciados descritivos dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem”;

- “Opção por método (s) de organização do trabalho que assegurem uma prestação de cuidados global e segura”;

- “Que o método de organização do trabalho permita a proximidade e a relação de cooperação entre supervisor e supervisando”.

Não foram encontradas quaisquer evidências.

Podemos no entanto salientar que existe um elemento de enfermagem que faz a ligação entre os representantes das Escolas Superiores de Enfermagem (supervisores de ensino clínico) e os orientadores de ensino clínico na Unidade, aquando dos períodos de ensinos clínicos de Enfermagem.

## **6 – PLANO DE ACÇÃO/ IMPLEMENTAÇÃO DE MEDIDAS DE MELHORIA**

A reflexão pessoal acontece no final do trabalho englobando todas as áreas abordadas, desde as relacionadas com os conceitos teóricos assim como os relacionados com a observação das práticas profissionais. Questionamos aquilo que observámos e avaliámos e o que gostaríamos de ter encontrado.

A análise reflexiva dos resultados obtidos inclui uma abordagem de estratégias de possível implementação futura no sentido de alteração destes mesmos resultados. Pretende-se assim estabelecer um Plano de Acção com as linhas gerais para o cumprimento dos critérios de idoneidade formativa.

A primeira e maior conclusão que podemos tirar é que se trata de um contexto de prática clínica com uma avaliação muito pobre, quase nula, em termos de idoneidade formativa. Tratando-se de uma Unidade que recebe regularmente alunos em programa de ensino clínico ao nível do 4º ano da Licenciatura em enfermagem, podemos concluir que se trata de um ambiente pouco apropriado para qualquer tipo de ensino clínico, tanto em EPT como em DPT.

Quase podemos afirmar que, se aplicássemos um questionário de satisfação aos enfermeiros os resultados seriam negativos pois sente-se uma insatisfação geral em termos profissionais, uma desmotivação que se manifesta e/ou se tem, como consequência de um tipo de trabalho mecânico e sem interacção nem partilha entre elementos. Muitas vezes se justificam acções através de uma frase popular entre este grupo de enfermeiros “...é assim porque sempre foi assim...”

Destacam-se, neste grupo profissional, dois factores que podem ser determinantes para a melhoria deste contexto: o primeiro realce, de carácter positivo, é a formação académica que a maior parte dos elementos de enfermagem possui: há 3 enfermeiros com pós licenciatura de especialidade, dois a frequentarem programa de mestrado, 8 com formação básica de licenciatura, num total de 9 elementos. O segundo factor que sobressai, mas de carácter negativo, é o modo de trabalho destes profissionais, sem ligação a famílias, grupos, programas; estão sujeitos quase diariamente a práticas diferentes, deixando para o colega o continuar das actividades realizadas anteriormente e correndo o risco de ter que *recomeçar do zero* em cada nova abordagem ao utente. Pensamos que do encontro destas duas forças pode

resultar uma melhoria significativa na qualidade dos cuidados, através de uma reorganização da unidade e das práticas de enfermagem.

Poderíamos pensar que os utentes podiam fazer a diferença para a melhoria mas constatamos que, na sua maioria, têm pouca formação, apresentam alterações graves do padrão de saúde e encontram-se numa situação de carência e fragilidade que os leva a serem pouco críticos e muito tolerantes.

Para tentar implementar um plano de medidas para a melhoria da idoneidade formativa do contexto de prática clínica, abordaremos as diferentes dimensões avaliadas durante o período de estágio.

### 1 – Criação de um Quadro de Referência para o Exercício Profissional de Enfermagem

A não existência desta dimensão leva-nos a orientar este Plano de Melhoria para a sua criação urgente.

Como primeira medida a adoptar deverá ser feita uma apresentação ao grupo de enfermagem sobre os Padrões de Qualidade dos Cuidados, no sentido de lhes dar conhecimento sobre as directivas da OE, à qual todos pertencemos. Incentivar o envolvimento de todos os enfermeiros é a grande proposta deste Plano pois é necessário criar uma linha de orientação forte e determinada, no sentido de atingir os objectivos de todo o grupo. A comunicação e a partilha de ideias conduzirá decerto a um diagnóstico da situação e à criação de um conjunto de intervenções com responsabilização individual e de grupo.

O tipo de liderança a adoptar pelo responsável de enfermagem deverá alternar entre uma posição democrática e uma posição autoritária pois é necessário conduzir a equipa a um objectivo comum, com a participação de todos os elementos, mas não deixar dispersar para situações paralelas e que possam provocar conflito. Não podemos esquecer que o grupo tem formação académica elevada e hábitos de trabalho individuais e pouco confluentes entre si. A figura do líder será fundamental para a eficácia do trabalho no grupo e na organização.

Depois de ultrapassadas os primeiros constrangimentos é necessário que cada elemento do grupo fique responsável por uma ou mais áreas na construção deste quadro referencial. Estimular a pesquisa, a responsabilização e a tomada de decisão individual vai produzir um documento que é do grupo e para o grupo. Este documento deverá ficar manuscrito e com acessibilidade fácil de modo que todos o possam consultar, incluindo os alunos de ensino clínico que frequentam habitualmente esta unidade como campo de estágio.



A curto e médio prazo a conduta dos cuidados ficará orientada para este Quadro Referencial, com obtenção de ganhos sobre a qualidade dos serviços prestados.

O Quadro Referencial deverá conter a essência conceptual do grupo, com conceitos de saúde, pessoa, ambiente e cuidados de enfermagem. Deverá ter em consideração o Código Deontológico dos Enfermeiros e qual a filosofia do cuidar que o grupo se propõe assumir perante os utentes e a prestação dos cuidados de enfermagem.

A construção de um Plano de Actividades será essencial para controlar e avaliar todo o trabalho objectivado.

## 2 – Activar um Sistema de Melhoria Contínua da Qualidade do Exercício Profissional dos Enfermeiros

A dinâmica é a palavra-chave para o êxito do processo.

Se anteriormente considerámos o trabalho em equipa fundamental para construir um diagnóstico de situação e planear um conjunto de intervenções agora importa motivar e estimular a produção de trabalho de campo, com tomadas de decisão e partilhas em relação ao que se vai fazendo.

Nomear um enfermeiro responsável pelos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem, para que possa esclarecer dúvidas e promover divulgação, sempre que necessário, sobre este tema.

Iniciar um sistema de registo de constrangimentos/ acontecimentos negativos que possam permitir uma análise regular das práticas com correção de desvios em caso de estes existirem. Também aqui é importante que seja indicado um elemento de enfermagem responsável pela divulgação e partilha destes acontecimentos.

Realçar a existência do enfermeiro dinamizador da Comissão de Controlo de Infecção, já existente mas com actividade pouco divulgada. Deverá fazer parte da comunicação entre o grupo de enfermagem a evolução do plano de actividades deste dinamizador bem como a avaliação do trabalho realizado.

### 3 – Sistemas de Informação em Enfermagem: sistematização do processo de tomada de decisão

Sabemos que existe um elemento de enfermagem na Unidade responsável pela parametrização do SAPE e sabemos que existem dificuldades no registo informático das actividades de enfermagem.

Realçar a existência deste enfermeiro deverá ser um objectivo de curto prazo; partilhar em comunicação a evolução das suas actividades e resolver em conjunto algumas das principais contrariedades do registo das actividades de enfermagem.

### 4 – Satisfação dos enfermeiros

Promover a realização frequente de questionários, de forma a avaliar a satisfação dos enfermeiros. Apresentar resultados e reorganizar em grupo as situações geradoras de não satisfação. Responsabilizar um elemento de enfermagem para esta acção que, pelo carácter científico e de investigação requerido, como pelas intervenções passíveis de ocorrer, deverá ficar a cargo do enfermeiro chefe, responsável pela Unidade.

### 5 – Dotações seguras em enfermagem

Divulgar o *Guia de Recomendações para o cálculo da dotação de enfermeiros no Serviço Nacional de Saúde (indicadores e valores de referência)*, documento conjunto da OE e MS, no que respeita aos cuidados primários de saúde e mais propriamente às unidades de cuidados de saúde, construído e apresentado em 2011 e disponível no *site* da OE.

Consideramos que a partilha de informações consolida o grupo num objectivo comum de melhoria de cuidados. Quanto mais informados estiverem os enfermeiros melhor saberão responder perante constrangimentos e evoluir no sentido da sua resolução.

Se pretendemos modificar a UCSP e melhorar a qualidade da prestação de cuidados de enfermagem, é fundamental que os horários dos elementos de enfermagem sejam bem calculados. É necessário tempo para comunicação inter-grupo, para divulgação de actividades planeadas, para apresentação de resultados de trabalho realizado, para tomadas de decisão em conjunto.

## 6 – Política de Formação Contínua de Enfermeiros

É fundamental que se renove a política de formação em serviço, já existente outrora mas que por diversos problemas deixou de acontecer.

Há que nomear um enfermeiro responsável pela coordenação da formação em serviço, encontrar uma lista de temas que o grupo identifique como pertinentes para o serviço e decidir sobre a sua apresentação em forma de sessões de formação em serviço.

A actualização de conhecimentos é fundamental para a melhoria dos cuidados prestados e esta unidade dispõe de suporte informático suficiente para pesquisa de produção científica sobre temas relevantes e fulcrais para a prática de enfermagem. Havendo esta possibilidade, é importante que ela seja apoiada por parceiros com validade científica e que seja divulgada a nível do grupo.

Nesta dimensão, e sempre visando a melhoria dos cuidados e a validação da unidade como contexto idóneo de prática clínica, é importante que se criem critérios explícitos sobre a selecção dos enfermeiros enquanto formandos e enquanto formadores, tanto a nível interno como externo.

É também fundamental a criação de um Plano de Integração de Enfermeiros no serviço definindo, entre outras coisas, o seu quadro conceptual.

## 7 – Metodologias de Organização de Cuidados de Enfermagem

É necessário definir o método de organização do trabalho, baseado em metodologia científica e que tenha por base os enunciados descritivos dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Mais uma vez se torna importante a utilização de parcerias com instituições de carácter científico, para podermos avançar e evoluir nas tomadas de decisão. As Escolas Superiores de Enfermagem e a Ordem dos Enfermeiros serão dois elementos fundamentais.

## **7 – CONCLUSÃO**

No âmbito deste trabalho foi feito um estudo aprofundado sobre o Modelo de Desenvolvimento Profissional aprovado em Assembleia Geral da Ordem dos Enfermeiros em Maio de 2007 e publicado em Diário da República, após aprovação em Assembleia da República através da Lei 111/2009 de 16 de Setembro.

As novas dinâmicas de trabalho e os diferentes contextos profissionais originam novas formas de estar na Enfermagem e de prestar cuidados de enfermagem. Ser enfermeiro e/ou ser enfermeiro especialista é diferente. O conceito de Modelo de Desenvolvimento Profissional (MDP) assenta novos desafios profissionais e de regulação, a saber: o Sistema de Certificação de Competências e o Sistema de Individualização de Especialidades em Enfermagem.

Enquanto o último se refere à individualização de diferentes especialidades, de acordo com um sistema de organização determinado, o Sistema de Certificação de Competências relaciona-se com o processo de atribuição do título profissional de enfermeiro a quem termina a licenciatura e obtém o título académico e também com o processo de aquisição e certificação de novas competências e conhecimentos para o reconhecimento do enfermeiro de cuidados gerais e a atribuição desse título profissional.

Para a OE, a atribuição do título profissional é a garantia de que os profissionais apresentam perante a Sociedade cuidados de enfermagem de qualidade e com segurança. Deixa-se de atribuir um título meramente académico (administrativo) e passa-se a exigir um período de Ensino Profissional Tutelado (EPT) que permita uma certificação de competências de forma segura para o profissional e para os utentes, com garantias de qualidade. Esta certificação vai exigir um período de ensino profissional tutelado, ou internato, que vai ser a transição do profissional recém-licenciado para a prática profissional e também a passagem para um novo perfil de competências por parte de quem quer ser enfermeiro especialista. Este período exige o acompanhamento por parte de um supervisor clínico, um enfermeiro com competência na área da supervisão clínica. É ainda necessário que exista um contexto de prática clínica adequado e certificado pela OE segundo critérios já definidos.

A realização deste estágio curricular teve como principal objectivo fazer a avaliação da idoneidade formativa de um contexto de prática clínica, neste caso, uma Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados. A observação documental, a avaliação da idoneidade formativa e a entrevista com a chefia de enfermagem foram as principais actividades

desenvolvidas e permitiram-nos olhar para a Unidade com uma visão de perspectiva relacionada com a gestão e a organização do trabalho e com a qualidade dos cuidados prestados.

Para a avaliação da idoneidade formativa do contexto de prática clínica/ UCSP, optou-se pela construção de uma grelha de avaliação a partir dos enunciados descritivos dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, sendo o enunciado relativo à organização dos cuidados de enfermagem o eixo organizador das suas diferentes dimensões a considerar no processo de Acreditação da Idoneidade Formativa dos Contextos de Prática Clínica de Enfermagem.

Pensamos ter contribuído para demonstrar a importância das condições de idoneidade formativa dos contextos de prática clínica, que, se forem implementadas, podem potenciar o desenvolvimento de uma cultura de qualidade e segurança nos cuidados de enfermagem.

Da avaliação realizada, os resultados apontam para uma não evidência de idoneidade formativa, o que nos indica que esta unidade não detém critérios para poder certificar competências em exercício profissional tutelado nem ser contexto para o desenvolvimento profissional tutelado.

É importante iniciar nesta Unidade uma reorganização dos cuidados de enfermagem. A primeira iniciativa pensada para este plano de acção é a apresentação a todos os elementos do grupo de enfermagem dos Padrões de Qualidade dos Cuidados. Motivar os enfermeiros, realçar a importância dos documentos escritos (procedimentos e normas), incentivar a comunicação e a partilha de dúvidas e problemas são outras acções a realizar antes de se iniciar a verdadeira reforma dos cuidados.

A construção de um Quadro Referencial deverá conter a essência conceptual do grupo, com conceitos de saúde, pessoa, ambiente e cuidados de enfermagem. Deverá ter em consideração o Código Deontológico dos Enfermeiros e qual a filosofia do cuidar que o grupo se propõe assumir perante os utentes e a prestação dos cuidados de enfermagem.

A construção de um Plano de Actividades será essencial para controlar e avaliar todo o trabalho objectivado.

A dinâmica é a palavra-chave para o êxito do processo.

Se anteriormente considerámos o trabalho em equipa fundamental para construir um diagnóstico de situação e planear um conjunto de intervenções agora importa motivar e estimular a produção de trabalho de campo, com tomadas de decisão e partilhas em relação ao que se vai fazendo.

A melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem vai trazer benefícios para o utente, o profissional e a própria organização. Para o utente vai aumentar a capacidade de participar na decisão dos cuidados a receber e a consciencialização e capacitação para lidar com a alteração da situação de saúde. Para o profissional de enfermagem vai melhorar a segurança em relação à incerteza dos cuidados com a existência de referenciais claros de procedimentos, vai aumentar a satisfação profissional e, consequentemente o trabalho de equipa e a nível interdisciplinar. Para a Instituição de saúde vai trazer o reconhecimento da qualidade cuidados prestados, uma maior confiança da população pela transparência na informação do desempenho e da segurança e a garantia do investimento e desenvolvimento dos recursos, pelo reconhecimento de resultados em qualidade e segurança.

Todos teremos mais valor em saúde, cuidados de qualidade acrescida e uma visão clara, a longo prazo, dos cuidados possíveis para os recursos disponíveis;

Temos também que ficar atentos aos possíveis constrangimentos, no sentido os tentar resolver por antecipação. O utente pode ser negativamente influenciado por grupos de interesse no sentido de desviarem a atenção sobre o fundamental e promoverem procura de serviços que não sejam os mais importantes para o utente no momento. O profissional pode sentir-se extenuado e desmotivado pela grande exigência de tempo e de burocracia na construção dos processos de melhoria da qualidade dos cuidados. A instituição pode simplesmente ignorar esta reorganização de cuidados e traçar uma linha de conduta diferente, mostrando-se insensível em relação aos processos de melhoria contínua da qualidade, que exigem o envolvimento da administração, dos profissionais, dos utentes/cidadãos, a articulação dos sistemas de informação, organização dos serviços e sinergia com as actividades de formação e investigação.

O futuro será das organizações que tiverem serviços certificados que satisfaçam as reais necessidades da população sempre com o objectivo da excelência do cuidar em enfermagem.

## **8 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

Abreu, W. (1994). *Dinâmica de formatividade dos enfermeiros: um subsídio para um estudo ecológico da formação em contexto de trabalho hospitalar*. Tese de Mestrado. Lisboa: Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação.

Alves, M.J.P. (2007). *O Serviço de Atendimento Permanente. Satisfação dos utentes com a Assistência de Enfermagem*. Dissertação de Mestrado em Ciências da Enfermagem, submetida ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto, acedido em 3 de Janeiro 2012 em:

<http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/7148/3/Tese%202%C2%AA%20Parte.pdf>

Bartolo, E. (2007). *Formação em contexto de trabalho no ambiente hospitalar: Um estudo etnográfico numa unidade de cuidados intensivos pediátricos*. Lisboa: Climepsi Editores.

Botelho, J. R. (1996). *O trabalho de Projecto na prática do Enfermeiro*. Revista Enfermagem em Foco. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses.

Boto, P.; Costa, C.; Lopes, S. (200. - *Acreditação, benchmarking e mortalidade*. Revista Portuguesa de Saúde Pública. Volume temático 7 sobre Administração Hospitalar: 103-116.

Carapeto, C.; Fonseca, F. (2006). *Administração Publica: modernização, qualidade e inovação*. 2ª Edição. Lisboa: Edições Sílabo Lda.

Collière, M.F. (1989). *Promover a vida: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem*. Lisboa. Sindicato dos Enfermeiros Portugueses.

Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde 1.<sup>a</sup> (1986). *Carta de Ottawa: Promoção da Saúde nos Países Industrializados*. Ottawa: 1.<sup>a</sup> Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde. Acedido a 15 de Outubro de 2009 em:

[http://www.saudepublica.web.pt/05-PromocaoSaude/Dec\\_Ottawa.htm](http://www.saudepublica.web.pt/05-PromocaoSaude/Dec_Ottawa.htm)

Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde 6.<sup>a</sup> (2005). *Carta de Banguecoque: Promoção da Saúde num Mundo Globalizado*. Banguecoque: 6.<sup>a</sup> Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde. Acedido a 15 de Outubro de 2009 em:  
[http://www.saudepublica.web.pt/05-PromocaoSaude/Dec\\_Bangkok.htm](http://www.saudepublica.web.pt/05-PromocaoSaude/Dec_Bangkok.htm)

Escoval, A. (2003) Gerir serviços de saúde em contexto de mudança. In Revista Ordem dos Enfermeiros n.º 10, p:24.

Leprohon, J. (2002). *A qualidade dos Cuidados de Enfermagem*. In Revista da Ordem dos Enfermeiros. N.º5. p.26.

Matos, D. C. (2010). *Relatório de Estágio Curricular. Práticas de Gestão da Qualidade no Centro Hospitalar de Coimbra, EPE – estudo da manutenção hospitalar e do projecto de acreditação*. Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra. Acedido em 12 de Janeiro de 2012 em:  
[https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/13823/1/Relat%C3%B3rio\\_DanielaMatos\\_Julho2010.pdf](https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/13823/1/Relat%C3%B3rio_DanielaMatos_Julho2010.pdf)

Ordem dos Enfermeiros. Conselho de Enfermagem (2010). Caderno temático 1: *Modelo de Desenvolvimento Profissional – Fundamentos, processos e instrumentos para a operacionalização do Sistema de Certificação de Competências*, acedido em 3 de Abril de 2011 em:  
<https://membros.ordemenfermeiros.pt/Documentos/Documents/cadernostematicos1.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. Conselho de Enfermagem, (2011). Caderno temático 3: *Acreditação da Idoneidade Formativa dos Contextos de Prática Clínica, Estrutura das Idoneidades - Concepção, processos, etapas e funcionamento*, acedido em 6 de Agosto de 2011 em:  
[https://membros.ordemenfermeiros.pt/Documentos/Documents/CadernoTematico3\\_IFC\\_PC\\_18012011\\_vf\\_revJul2011\\_proteg.pdf](https://membros.ordemenfermeiros.pt/Documentos/Documents/CadernoTematico3_IFC_PC_18012011_vf_revJul2011_proteg.pdf)



Ordem dos Enfermeiros (2010). *Regulamento de Idoneidade Formativa dos Contextos de Prática Clínica*. Proposta apresentada pelo Conselho Directivo. Lisboa, 5 de Maio de 2010 e aprovada em Assembleia Geral de 29 de Maio de 2010. Acedido em 20 de Janeiro de 2011 em:

[http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento\\_IdoneidadeFormativa\\_AG29Maio2010\\_VCorrecta\\_25Jun2010.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_IdoneidadeFormativa_AG29Maio2010_VCorrecta_25Jun2010.pdf)

Ordem dos Enfermeiros (1998) Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro. Acedido em 20 de Janeiro de 2011 em:

[http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/REPE\\_EstatutoOE\\_2011.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/REPE_EstatutoOE_2011.pdf)

Ordem dos Enfermeiros (2001). Conselho de Enfermagem. *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem - Enquadramento conceptual - Enunciados descritivos*. Acedido em 18 de Dezembro de 2010 em:

<http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/PadroesqualidadeCuidadosEnfermagem.pdf>

Ordem dos Enfermeiros (2001). *Padrões de qualidade dos Cuidados de Enfermagem*. Revista da Ordem dos Enfermeiros. Nº 2, p.15-20. Lisboa.

Ordem dos Enfermeiros (2002). *Padrões de qualidade dos Cuidados de Enfermagem*. Revista da Ordem dos Enfermeiros. Nº 6, p.39- 42. Lisboa.

Ordem dos Enfermeiros (2005). *Satisfação dos utentes face aos cuidados de enfermagem*. Revista da Ordem dos Enfermeiros Nº 16, p. 52. Lisboa.

Ordem dos Enfermeiros (2006). *Tempo de Mudança*. Revista da Ordem dos Enfermeiros. Nº 22, p. 29 -31. Lisboa.

Ordem dos Enfermeiros (2009). *Modelo de Desenvolvimento Profissional: pela segurança dos Cuidados*. Revista da Ordem dos Enfermeiros. Nº 32, p. 5. Lisboa.

Ordem dos Enfermeiros (2011) Informação/notícias in página da ordem dos enfermeiros.

*Dotações para os serviços de saúde* . Acedido em 2 de Abril de 2011 em:

<http://www.ordemenfermeiros.pt/comunicacao/Paginas/MSeOEchegamaacordosobredotacoesparaosservicosdesaude.aspx> e em:

[https://membros.ordemenfermeiros.pt/Documents/Recomendacoes\\_DotacaoEnfermeirosSN\\_VF\\_site.pdf](https://membros.ordemenfermeiros.pt/Documents/Recomendacoes_DotacaoEnfermeirosSN_VF_site.pdf)

Pereira, F. M. S. (2007). *Informação e Qualidade do exercício profissional dos Enfermeiros.*

*Estudo empírico sobre um Resumo Mínimo de Dados de Enfermagem.* Dissertação de candidatura ao grau de Doutor em Ciências de Enfermagem, submetida ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto. Acedido em 1-1-1012 em:

<http://repositorioaberto.up.pt/bitstream/10216/7182/2/Informao%20e%20Qualidade%20do%20exercicio%20profissional%20dos%20Enfermeiros.pdf>

PORTUGAL. Lei n.º 115/1997. *Lei de Bases do Sistema Educativo*. Lisboa: Diário da República n.º 217. Série I-A.19 de Setembro.

PORTUGAL. Decreto-lei n.º 104/1998. *Estatuto da Ordem dos Enfermeiros*. Lisboa: Diário da República. N.º 93. I Série-A. 21 de Abril.

PORTUGAL. Decreto-Lei n.º 140/2004, revogado pelo DL n.º 142/2007, de 27/4. *Instituto Português da Qualidade*. Lisboa: Diário da República. N.º 134. I Série-A. 8 de Junho.

PORTUGAL. Decreto-Lei n.º 28/2008. *Caracterização Geral e Criação dos Agrupamentos de Centros de Saúde*. Lisboa: Diário da República. N.º 38. I Série-A. 22 de Fevereiro.

PORTUGAL. Lei n.º 111/2009 *Alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, aprovado pelo Decreto -Lei n.º 104/98, de 21 de Abril*. Lisboa: Diário da República. N.º 180. I Série-A. 16 de Setembro.

PORTUGAL. Proposta de Decreto Lei n.º 411/2010, *Projecto de Modelo de Desenvolvimento Profissional*. 11 de Novembro de 2010. Acedido em 2 de Janeiro 2012 em:  
<http://pt.scribd.com/doc/52765758/Projecto-MDP>

RTP Notícias (2012). *Número de funcionários públicos diminui 3.2 por cento em 2011.*

Acedido em 22 de Fevereiro de 2012 em:

<http://www.rtp.pt/noticias/index.php?article=529356&tm=6&layout=121&visual=49>

Stanhope, M.; Lancaster, J. (1999). *Enfermagem Comunitária: Promoção da Saúde de Grupos, Famílias e Indivíduos*. Trad. 4ª ed. Lisboa: Lusociência

## **ANEXOS**

Anexo I – Autorização da frequência de estágio



Exmo Senhor  
Director da Escola Superior de Enfermagem  
Instituto Politécnico de Portalegre  
Avenida de Santo António - Apartado 89  
7301 - 901 Portalegre

V. Ref. : 49/9.4. de 04/03/2011    NºRef : 00 4119    18/03/2011

**Assunto: Estágio de Mestrado**

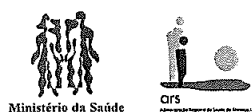
Em conformidade com a solicitação constante no ofício supra-citado, serve o presente para informar V.Excia que, perante o parecer do Coordenador da Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados do Centro de Saúde de Estremoz, com o qual concordo, é autorizada a realização neste serviço, de Estágio de Mestrado na área de Gestão de Unidades de Saúde à Sra. Enf. Lídia Maria Parreira Conim.

Com os melhores cumprimentos

O Director Executivo



Dr. José Manuel Evaristo  
Director Executivo  
ACES Alentejo Central I



Agrupamento de Centros de Saúde do Alentejo Central I  
Avenida 9 de Abril    7100 - 500 Estremoz  
Telefone : 268334579    Fax : 268322008  
e-mail : aces.acentral1@alentejocentral1.min-saude.pt

Anexo II – Grelha de Avaliação da Idoneidade Formativa dos Contextos de Prática Clínica de  
Enfermagem

Grelha de Avaliação da Idoneidade Formativa dos Contextos de Prática Clínica de Enfermagem

Dimensões	Critérios	Indicadores	Validação	Evidências
Quadro Referência para o Exercício Profissional de Enfermagem	Existência de um enquadramento conceptual de referência para o EPP	Que o quadro de referência contemple os padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem: o enquadramento conceptual e os enunciados descritivos.		
		Que o quadro de referências plasme o Código Deontológico dos Enfermeiros.		
		Que o quadro seja enriquecido com o suporte de uma filosofia de cuidar associada a conceptualização de enfermagem.		
	Existência de um Plano de Actividades de Enfermagem	Participação dos enfermeiros do contexto de prática clínica na elaboração do plano de actividades.		
		Evidência de explicitação de intenções, metas e indicadores relativos a diagnósticos e/ou intervenções dos enfermeiros.		
		Relatórios de actividades disponíveis.		



Dimensões	Critérios	Indicadores	Validação	Evidências
Sistema de Melhoria Contínua da Qualidade do Exercício Profissional dos Enfermeiros	Existência de dispositivos que permitam a implementação e monitorização dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem.	Formação realizada a pelo menos 75% dos enfermeiros, relativa aos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem.		
		Evidência de designação de elemento dinamizador dos PQCE.		
		Em curso, pelo menos um projecto de melhoria dos cuidados de enfermagem.		
	A existência de dispositivos que permitam uma análise regular das práticas e a correcção dos desvios, caso se verifiquem	Existência de sistemas de registo de eventos-sentinela.		
		Existência de sistemas de avaliação da qualidade Institucional (Normas ISO; Joint Commission; King's Fund).		
		Existência de um responsável pela gestão do risco no contexto e de uma carta de risco clínico e ambiental.		

		Evidência de proactividade na gestão das reclamações associadas aos cuidados de enfermagem.		
		Controlo e monitorização de infecção associada aos cuidados de saúde.		
		Triagem de resíduos.		

	Existência de procedimentos de segurança documentados e actualizados	Manutenção preventiva (sistema eléctrico; água, saneamento, elevadores, estrutura do edifício).		
		Armazenamento de stocks		
		Existência de instalações adequadas à prática de cuidados de Enfermagem com qualidade e segurança (espaços, iluminação, limpeza, circuitos de lixo e sujos, ...).		
	Evidência da adequação dos equipamentos e demais recursos materiais às necessidades para a prestação de cuidados de enfermagem	Evidência da avaliação da qualidade dos produtos e sua adequação às necessidades dos serviços.		
		Evidência de manutenção e calibragem regular dos equipamentos		
		Existência de um sistema de gestão de stocks.		

Dimensões	CrITÉrios	Indicadores	Validação	Evidências
Sistemas de Informação em Enfermagem; organizado em torno da sistematização do processo de tomada de decisão	A existência de um sistema de informação em enfermagem;	- que incorpore sistematicamente, entre outros dados, os diagnósticos de enfermagem do cliente, as intervenções de enfermagem e os resultados sensíveis às intervenções de enfermagem obtidos pelo cliente.		
		- que explicita o processo de tomada de decisão.		
		- que utilize Linguagem classificada – CIPE.		
	Sistemas de Informação em Enfermagem de acordo com as directrizes da OE para a sua certificação;	- que respeitem os princípios básicos da arquitectura e principais requisitos técnico-funcionais.		
		- que incorporem o resumo mínimo de dados e Core de indicadores de enfermagem para o repositório central de dados de saúde (na versão mais actualizada).		

Dimensões	Critérios	Indicadores	Validação	Evidências
Satisfação profissional dos Enfermeiros	Existência de dispositivos que avaliem regularmente a satisfação dos enfermeiros	Estabelecida forma regular de avaliação da satisfação dos enfermeiros.		
		Evidência de elevados níveis de satisfação dos enfermeiros.		
	Evidência da valorização dos resultados de satisfação dos enfermeiros	Evidência de medidas ou estratégias resultantes da avaliação para efeitos de gestão da qualidade/gestão de Recursos Humanos.		

Dimensões	Critérios	Indicadores	Validação	Evidências
Dotações seguras em Enfermagem	Adequação do número de enfermeiros às necessidades de cuidados de enfermagem;	Utilização de instrumentos de avaliação das necessidades em cuidados de enfermagem.		
		Adequação do número de enfermeiros em função dos resultados da avaliação das necessidades em cuidados de enfermagem.		
	Evidência de estabilidade na equipa de enfermagem	Índice de rotatividade anual inferior a 15%.		
	Escalas de trabalho adequadas	Existência de um modelo de organização de escalas de trabalho que cumpra as disposições legais.		
	Ter recursos humanos para PTE	Ter pelo menos 2 supervisores clínicos certificados pela OE.		
		Respeito pelo rácio supervisionando /número de enfermeiros do Contexto de Prática Clínica.		

Dimensões	CrITÉRIOS	Indicadores	Validação	Evidências
Política de Formação Contínua de Enfermeiros	A existência de uma política e práticas de formação contínua, promotoras do desenvolvimento profissional e da qualidade	Existência de enfermeiro responsável pela coordenação da formação em Serviço.		
		Existência de um Plano Anual de Formação que vá ao encontro das necessidades identificadas pelos enfermeiros.		
		Existência de Relatório de formação, que contemple avaliação da formação e do impacto dos seus resultados.		
		Existência de critérios explícitos para a selecção de enfermeiros enquanto formadores (interna e externamente) e enquanto formandos (interna e externamente).		
		Evidência de participação de enfermeiros do serviço em projectos/ grupos de trabalho pertinentes para o contexto e/ou para a enfermagem .		
		Existência de dispositivos de formação promotores de prática reflexiva regulares e sistemáticos: “análise das práticas”; “estudos de caso”; “Supervisão Clínica”.		
		Evidência de que os supervisores clínicos estão		

		inseridos na bolsa de supervisores regional e envolvidos nos processos de formação contínua de supervisores.		
	Existências de meios e recursos adequados ao desenvolvimento da formação contínua e em serviço	Existência de recursos de suporte informativo e pedagógico de apoio aos enfermeiros (ex: acesso à internet; biblioteca; estudos relevantes e actuais).		
		Evidência de parcerias para a formação e investigação em enfermagem.		
		Existência de Planos de Integração de Enfermeiros no Serviço.		

Dimensões	CrITÉRIOS	Indicadores	Validação	Evidências
Metodologias de Organização de Cuidados de Enfermagem	Evidência de utilização de metodologias de organização de cuidados de enfermagem promotora de qualidade	Evidencia de metodologias de organização de cuidados de enfermagem baseadas na evidencia científica e tendo por referencia os enunciados descritivos dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem.		
		Opção por método(s) de organização do trabalho que assegurem uma prestação de cuidados global e segura.		
		Que o método de organização do trabalho permita a proximidade e a relação de cooperação entre supervisor e supervisando.		



Anexo III – Cronograma de actividades

Cronograma de actividades


	<b>Dezembro 2010</b>	<b>Janeiro a Março de 2011</b>	<b>Abril a Junho 20112011</b>	<b>Julho a Novembro de 2011</b>	<b>Dezembro 2011</b>	<b>Janeiro a Maio 2012</b>	<b>Junho 2012</b>
<b>Entrega de Trabalho Projecto</b>							
<b>Autorização para realização de estágio</b>							
<b>Colheita de dados</b>							
<b>Análise dos dados</b>							
<b>Redacção e críticas</b>							
<b>Redacção Final</b>							
<b>Entrega do relatório final</b>							

Anexo IV – Questionário de caracterização do grupo de Enfermagem da UCSP

Questionário de caracterização biográfica e socio/profissional do grupo de enfermagem da UCSP

Enfermeiro (E)	Género	Idade	Estado civil	Tempo de Serviço Na Instituição	CursoBase	Formação Adicional	Categoria Profissional	Vínculo	T.E.P. <sup>1</sup>
E1									
E2									
E3									
E4									
E5									
E6									
E7									
E8									
E9									

Anexo V - Recomendação de boas práticas para a higienização das mãos

 <p><a href="#">COMISSÃO DE CONTROLO DA INFECÇÃO-ARSA, IP</a> <a href="#">DOS CENTROS DE SAÚDE DO DISTRITO DE ÉVORA</a></p> <p>Administração Regional de Saúde do Alentejo Ministério da Saúde</p>		<b>RECOMENDAÇÕES DE BOA PRÁTICA</b>	
		Higienização das Mãos nas Unidades de Saúde	
Ficha: 2	Revisão:	Data: <b>Setembro de 2007</b>	Folhas: 85 de 132

1. OBJECTIVO:

- Divulgar conceitos e técnicas relacionados com a higienização das mãos;
- Uniformizar os diferentes tipos de procedimentos para a higienização das mãos;

2. ÂMBITO:

Serviços hoteleiros, serviço de limpeza e profissionais dos centros de saúde do distrito de Évora.

3. CONCEITOS:

A **higiene/lavagem** das mãos é uma designação abrangente e refere-se aos procedimentos destinados a remover os microorganismos das mãos, quer através da lavagem com água e sabão, quer através da desinfecção das mãos – anti-sepsia das mãos - por aplicação de soluções anti sépticas.

- ♦ Flora transitória ou contaminante: os microorganismos transitórios adquirem-se pelo contacto com materiais ou pessoas contaminados e não sobrevivem indefinidamente nas mãos (mas podem viver o suficiente para serem transferidos directa ou indirectamente para os utentes/doentes). Podem assim ser a causa de infecção, agravando-se esta nos casos de doentes críticos. Os microorganismos transitórios estão presentes habitualmente em baixo número na superfície da pele, não se multiplicando nela. A remoção destes microorganismos é essencial para a prevenção de infecções cruzadas. Até há pouco tempo, considerava-se que, para a remoção da flora transitória, era suficiente a lavagem com água e sabão. Contudo, estudos efectuados para avaliar a eficácia do sabão e diversos produtos anti-sépticos na remoção de agentes transitórios multiresistentes e de vírus concluíram que, a água e o sabão, nem sempre são suficientes para remover alguns vírus e bactérias, como por exemplo Enterococos, Enterobacter, Klebsiella, Cândida Albicans, entre outros.
- ♦ Flora residente ou permanente: os microorganismos residentes habitam nas camadas profundas da pele sendo o seu número relativamente constante em cada pessoa. Multiplicam-se na pele e desempenham um papel importante na sua protecção durante a invasão de outras espécies prejudiciais. Não é possível nem desejável a sua eliminação total, mas pode ser necessária a sua redução através da aplicação de anti-sépticos (em procedimentos invasivos como intervenções cirúrgicas, actos cirúrgicos como colocação de cateteres centrais, etc.).

- ♦ Assepsia: conjunto de medidas que têm por objectivo impedir o aporte exógeno de microorganismos.
- ♦ Anti-sepsia: aplicação de medidas físicas ou químicas para a destruição sistemática de microorganismos patogénicos nos tecidos vivos. Trata-se de um procedimento de efeito momentâneo e limitado aos microorganismos presentes no momento do procedimento.
- ♦ Lavagem das mãos: refere-se à acção da água e do sabão com pH compatível com a pele, não anti-microbiano e com emoliente, para remoção da sujidade e flora transitória.
- ♦ Desinfecção higiénica/lavagem asséptica ou anti-sepsia das mãos: refere-se à acção de qualquer solução anti-séptica. Pode ser uma desinfecção das mãos sem água e consiste em friccionar toda a área das mãos com pequenas quantidades (2 – 3 ml) de uma solução anti-séptica de base alcoólica para redução da flora. Pode também ser a conjugação da utilização de água e sabão, seguido da aplicação de solução anti-séptica de base alcoólica como é o caso da desinfecção cirúrgica.
- ♦ Desinfecção cirúrgica das mãos: procedimento para tratamento pré operatório das mãos que implica a aplicação de um produto bactericida dirigido contra a flora das mãos a fim de evitar a transmissão de microorganismos para a ferida cirúrgica.
- ♦ Mãos visivelmente sujas: mãos que apresentam sujidade visível (pó das luvas etc.) ou contaminação visível com matéria orgânica (sangue, urina, fezes).
- ♦ Sabão anti-microbiano: sabão (detergente) apropriado para a higiene (mãos/pele), contendo na sua composição um componente anti-séptico.
- ♦ Agente anti-séptico: substância anti microbiana aplicada à pele e mucosas e que reduz a flora microbiana da mesma. Ex.: clorohexidina, iodóforos, compostos de amónio quaternário, etc.,.
- ♦ Solução anti-séptica alcoólica: uma fórmula com efeito anti-séptico contendo álcool na sua composição, normalmente incolor, com o objectivo de reduzir o número de microorganismos presentes nas mãos. Contêm normalmente, 60/70% de etanol ou isopropanol e têm emoliente da pele ou dermoprotector. Mas também podem ser soluções apropriadas para assepsia do local cirúrgico, da pele antes de inserir cateter, antes de punção, antes de colheita de sangue e antes de administrar injectáveis, etc. As soluções para assepsia de local cirúrgico são habitualmente coradas, para delimitação da área a incidir e não contêm dermoprotector.
- ♦ Actividade persistente ou acção residual: actividade anti-microbiana prolongada que previne ou inibe a proliferação ou sobrevivência dos microorganismos após a aplicação do produto. Esta actividade pode ser demonstrada colhendo amostras duma área da pele após alguns minutos ou horas após a aplicação e demonstrando o efeito anti-microbiano quando comparado com os valores de referência. Esta capacidade também é denominada de “acção residual”.

- ♦ Lavagem social das mãos: é um processo vigoroso e breve de limpeza, por acção mecânica, de todas as superfícies das mãos. Refere-se à lavagem das mãos com um sabão simples e água, não existindo acção anti microbiana relevante.
- ♦ Lavagem higiénica das mãos: lavagem com sabão líquido anti-microbiano e água (conforme definido na EN 1499).
- ♦ Desinfecção higiénica das mãos: descontaminação das mãos por fricção com preparações alcoólicas. Este método só pode ser utilizado se as mãos não estiverem visivelmente sujas (conforme definido na EN 1500).
- ♦ Desinfecção cirúrgica das mãos: fricção ou lavagem com eliminação imediata substancial dos microrganismos transitórios e destruição dos residentes, com anti-séptico de acção residual (conforme definido na EN 12791).

#### 4. PROCEDIMENTOS:

##### 4.1. Desinfecção Higiénica ou Lavagem Asséptica das mãos

MÉTODO	AGENTE DE LIMPEZA/DURAÇÃO	OBJECTIVOS	INDICAÇÕES
Desinfecção Higiénica ou Lavagem Asséptica das mãos	Mãos isentas de sujidade e/ou matéria orgânica: solução anti-séptica alcoólica com dermoprotector (15 a 30 segundos)  Mãos visivelmente sujas: água e sabão líquido sem anti-séptico (30 a 60 segundos), seguido de fricção com solução anti-séptica alcoólica	Eliminar os microorganismos transitórios e reduzir os microorganismos residentes	<b>Antes e depois</b> de prestar cuidados a doentes em isolamento;  <b>Antes</b> de cuidar de doentes imunodeprimidos;  <b>Antes</b> de procedimentos invasivos;  <b>Antes</b> de procedimentos assépticos, na prestação de cuidados a doentes com estirpes multiresistentes

A desinfecção alcoólica das mãos constitui um dos métodos mais eficazes na eliminação da flora microbiana transitória que existe nas mãos dos profissionais de saúde. Assim sendo, é um procedimento indispensável na prevenção de infecções cruzadas e consequentemente no controlo de infecção. Durante a acção de formação promovida pela CCI, em Junho de 2007, foram feitas colheitas por forma, a verificar os resultados,



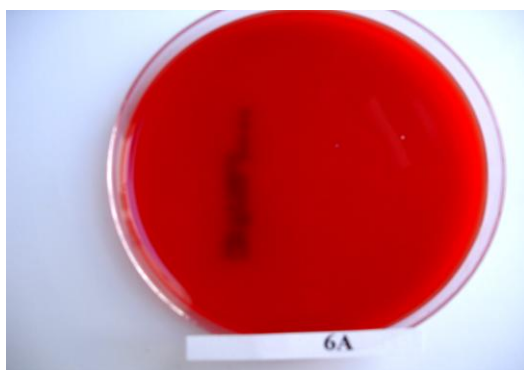
consoante seja utilizada a desinfecção alcoólica ou a lavagem higiénica das mãos com água e sabão

As imagens que se seguem, são o resultado das colheitas efectuadas antes e depois, de se ter realizado a desinfecção alcoólica das mãos:



**ANTES...**

**DEPOIS...**



**Fig.1 A**



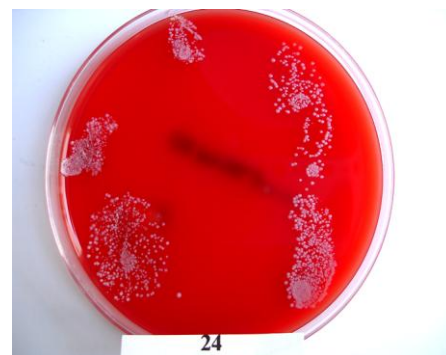
**Fig.2 A**

As imagens que se seguem, são o resultado das colheitas efectuadas antes e depois de se ter realizado a lavagem higiénica das mãos com água e sabão:

**ANTES...**

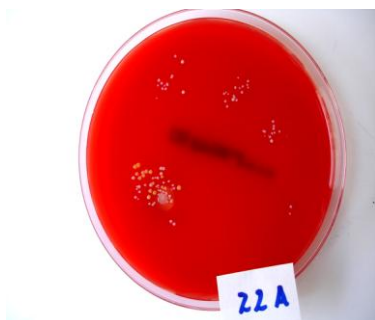


**Fig.3**



**Fig.4**

**DEPOIS...**



**Fig.3 A**



**Fig.4 A**

Como podemos verificar, a utilização correcta da solução alcoólica na higienização das mãos é eficaz, na inactivação dos microorganismos e superior à lavagem higiénica, que, por sua vez só reduz o seu número.

Sabemos que alguns dos nossos centros de saúde, possuidores de uma estrutura secular, têm problemas comuns, como por exemplo a falta de lavatórios.

No distrito de Évora, nos centros de saúde, surgem como principais vantagens da utilização, da solução desinfectante alcoólica:

- ♦ Motivar os profissionais para a higienização das mãos;
- ♦ Evitar as dermatites de contacto, subsequentes à utilização sistemática de água e sabão;
- ♦ Tornar o processo de higienização das mãos menos demorado
- ♦ Obviar o problema da falta de lavatórios em quantidade e em locais estratégicos
- ♦ Constituir uma alternativa à lavagem das mãos, sempre que estas se encontrem visivelmente limpas

Para a desinfecção alcoólica das mãos, temos disponível um produto anti-séptico, com a seguinte composição:

- Álcool isopropílico + Etanol
  - Emoliente (para protecção da pele)
- } [PROMANUM](#)

Para fazer uma desinfecção higiénica das mãos/lavagem asséptica das mãos, deve ter os seguintes procedimentos (demora cerca de 15 a 30 segundos):

- 1º - Se as mãos estiverem visivelmente sujas, é necessária uma lavagem higiénica prévia das mesmas, de acordo com as orientações fornecidas pela CCI;
- 2º - Aplicar numa das mãos, uma dose da solução alcoólica, pressionando uma vez o doseador;
- 3º - Friccionar a palma das mãos;
- 4º - Prosseguir friccionando as costas das mãos;
- 5º - Não esquecer as pontas dos dedos, friccionando-as, sobre a palma da mão;
- 6º - Não esquecer os espaços interdigitais e os polegares;
- 7º - O processo está completo, quando tiverem sido abrangidas todas as áreas e a solução se tiver evaporado por completo, ficando as mãos secas;

#### 4.2. Lavagem higiénica das mãos

MÉTODO	AGENTE DE LIMPEZA/DURAÇÃO	OBJECTIVOS	INDICAÇÕES
--------	---------------------------	------------	------------

<b>Lavage m higiénica das mãos</b>	<b>Água e sabão líquido sem anti- séptico (30 a 60 segundos)</b>	<b>Manter as mãos limpas e remover os microorganismos transitórios</b>	<b>Ao iniciar e terminar o dia de trabalho</b>  <b>Antes e depois de prestar cuidados</b>  <b>Antes</b> de comer, manusear alimentos ou preparar medicação  <b>Depois</b> de ir à casa de banho  <b>Depois</b> do contacto com fluidos corporais e matéria orgânica  <b>Depois</b> do contacto com roupa ou equipamento contaminados  <b>Depois</b> de remover as luvas
--	--	--	--

Os locais das mãos que estão mais colonizados e onde os cuidados com a lavagem devem ser maiores são:

- ♦ Unhas;
- ♦ Zonas interdigitais;
- ♦ Punhos;
- ♦ Palmas das mãos;

Recomenda-se como boa prática:

- ♦ Retirar todos os objectos de adorno;
- ♦ Evitar o uso de vernizes muito coloridos, limitam a visualização da sujidade debaixo das unhas;
- ♦ Usar unhas curtas e mantê-las limpas;

Para fazer uma [lavagem higiénica das mãos](#), deve ter os seguintes [procedimentos](#):

- 1º - Lavar com água e sabão com pH neutro (SOFTASKIN);
- 2º - Durante 30 segundos;
- 3º - Passar por água;
- 4º - Secar com toalha de papel;
- 5º - Se a torneira for de mecanismo manual, fechar com toalhete, a fim de não recontaminar as mãos;

#### 4.3. Desinfecção cirúrgica das mãos

MÉTODO	AGENTE DE LIMPEZA/DURAÇÃO	OBJECTIVOS	INDICAÇÕES
Desinfecção cirúrgica das mãos	Água e solução aquosa anti-séptica (3 a 5 minutos)  Ou  Lavagem com água e sabão (3 a 5 minutos), secagem das mãos com toalhete e fricção com solução alcoólica	Eliminar os microorganismos transitórios, e, destruir os microorganismos residentes, das camadas mais profundas da pele	Antes de intervenções cirúrgicas  Antes de actos cirúrgicos

O produto anti-séptico utilizado, tem a seguinte composição:

- ♦ Digluconato de clorohexidina e detergente - **LIFO-SCRUB**

Para fazer uma [lavagem cirúrgica das mãos](#), deve ter os seguintes [procedimentos](#):

- 1º - Abrir a torneira;
- 2º - Aplicar a quantidade suficiente de solução anti-séptica cobrindo todas as superfícies das mãos, e antebraços e friccionar (**LIFO-SCRUB**):
  - ♦ As mãos devem permanecer, num plano mais elevado que os cotovelos;
  - ♦ A desinfecção deve ser feita, no sentido proximal/distal (na primeira passagem iniciar a lavagem acima do cotovelo e na segunda abaixo do cotovelo);


- ♦ Os dedos, mãos e antebraços devem ser vistos como tendo quatro lados e em cada um dos lados deve ser friccionado;
- 3º - Escovar os espaços sub-ungueais debaixo de água corrente:
  - ♦ A escovagem deve ser feita, apenas e unicamente na primeira desinfecção do dia;
- 4º - Enxaguar em água corrente;
- 5º - Fazer nova aplicação de solução anti-séptica repetindo o processo anterior (sem a escovagem);
- 6º - Secar bem as mãos e antebraços, com toalhetes descartáveis esterilizados:
  - ♦ A secagem é feita no sentido distal/proximal, usando para cada membro, um lado diferente do toalhete, ou para cada membro, um toalhete;

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- WILSON, JEINNIE - *Controlo de Infecção na Prática Clínica*, 2ª Edição – Luso Ciência – Edições Técnicas, Científicas, Lda., capítulo IV e VII, página 133 a 185, 2003.
- INS – Ministério da Saúde - *Recomendações para Higienização das Mãos nas Unidades de Saúde (PNCI)*, páginas de 1 a 9, Lisboa.
- STOP HOSPITAL INFECTIONS - *La informacion pública animará a los hospitales a mejorar sus prácticas de prevenir infecciones*, artigo de 4 de Maio de 2007.
- CCI DA SUB-REGIÃO DE SAÚDE DE BEJA – *Orientações para boas práticas*, página 48 a 54, Beja, 2003.

Elaborado por: Comissão de Controlo da Infecção- ARSA,IP dos Centros de Saúde do Distrito de Évora	Carimbo:	Aprovado por:
Data: Setembro de 2007		Data:

Anexo VI - Recomendação de boas práticas na descontaminação de materiais e equipamentos

 <p><a href="#">COMISSÃO DE CONTROLO DA INFECÇÃO-ARSA, IP</a> <a href="#">DOS CENTROS DE SAÚDE DO DISTRITO DE ÉVORA</a></p> <p>Administração Regional de Saúde do Alentejo Ministério da Saúde</p>		<b>RECOMENDAÇÕES DE BOA PRÁTICA</b>	
		<b>Descontaminação de Materiais e Equipamentos</b>	
Ficha: <b>3</b>	Revisão:	Data: <b>Setembro de 2007</b>	Folhas: 95 de 132

**1. OBJECTIVO:**

- Divulgar os conceitos e princípios de descontaminação de materiais e equipamentos;
- Uniformizar procedimentos, na descontaminação de materiais e equipamentos;

**2. CONCEITOS:**

- Anti-sépticos: agentes químicos que destroem ou inibem o crescimento microbiano nos tecidos vivos. Utilizam-se para descontaminar pele e mucosas;
- Desinfectantes: Agentes químicos que destroem microorganismos nos objectos inanimados. Utilizam-se na descontaminação de materiais, equipamentos e superfícies;
- Material contaminado: material que tenha sido usado, exposto a uma situação clínica e esteja poluído com matéria orgânica, microorganismos ou outras substâncias inorgânicas indesejáveis como: pó, resíduos químicos, material radioactivo,...;

**3. ESCOLHA DO MÉTODO DE DESCONTAMINAÇÃO:**

Na escolha do método de descontaminação de materiais e equipamentos deverão ser considerados os níveis críticos ou de risco destes em relação à sua aplicação no utente / doente, considerando-se três categorias:

- 1º - Alto risco ou crítico: Todo o material que penetra nos tecidos sub-epiteliais, no sistema vascular e noutros órgãos internos, por exemplo:
- Agulhas;
  - Instrumentos cirúrgicos;
- 2º - Médio risco ou semicrítico: Todo o material que entra em contacto com membranas mucosas ou pele não íntegra, por exemplo:
- Endoscópios;



- Laringoscópios;

3º - Baixo risco ou não crítico: Todo o material que entra em contacto com pele íntegra e ainda o que não entra em contacto directo com o utente/doente, por exemplo:

- Mobiliário;
- Utensílios de cozinha e refeição;
- Esfigmomanómetros, estetoscópios, otoscópio, colchões, roupa, etc;

Escolha do método:

Método	Nível de risco do material/Equipamento
Esterilização	Alto risco ou crítico
Desinfecção	Médio risco ou semicrítico
Limpeza	Baixo risco ou não crítico

#### 4. RECOLHA E LAVAGEM MANUAL DE DISPOSITIVOS MÉDICOS:

##### 4.1. Recolha de dispositivos médicos contaminados:

Os primeiros passos para um tratamento correcto do material começam nos locais de utilização:

- A recolha de DM contaminados deve ser efectuada por profissionais treinados para o efeito;
- Retirar todos os resíduos e dispositivos médicos de uso único separando-os consoante as regras de triagem em vigor;
- Separar os DM corto-perfurantes dos outros DM e colocá-los em contentores apropriados. Estes contentores devem ser devidamente rotulados;
- Logo após a utilização de dispositivos médicos, quando se visualiza matéria orgânica, esta deve ser retirada utilizando um toalhete humedecido;
- Os DM devem seguir o mais rapidamente possível para pré-lavagem;
- Os DM devem ser mantidos a seco se o processo de pré-lavagem vier a ocorrer nas 6 horas seguintes;

- O detergente desincrustante não deve ter efeito fixador de proteínas;
- Os contentores devem ser mantidos fechados para evitar secagem excessiva dos DM mantidos a seco;

#### 4.1.1. Transporte de dispositivos médicos contaminados:

- O transporte de DM contaminados deve ser efectuada por profissionais treinados para o efeito;
- Os dispositivos devem ser transportados em contentor fechado e a seco;
- Nos casos em que se encontram nos serviços em solução com desincrustante, esta solução deve ser eliminada antes de se proceder ao seu transporte;
- O transporte de DM contaminados deve ser efectuado nos contentores de recolha (encerramento hermético);
- Devem ser escolhidos os circuitos, dos serviços utilizadores para o serviço de esterilização, que impliquem menor distância e menor risco de contaminação;
- No transporte de DM contaminados das unidades de saúde rurais/visitas domiciliárias para o serviço de esterilização do Centro de Saúde em veículo automóvel, os contentores devem ser colocados fora da zona dos passageiros, em condições de estabilidade de forma a não possibilitar deslocações indesejadas. Estes contentores devem ser higienizados diariamente;
- Para o transporte de instrumentos de inox (pinças, porta-agulhas, etc.) estes devem ser envolvidos em película protectora (filme de álcool de polyvinil). Esta, para além de ter um efeito protector, impede que seque a matéria orgânica existente nos DM;

#### 4.1.2. Protecção dos profissionais:

- Os profissionais devem usar, na recolha e transporte de DM contaminados, equipamento de protecção pessoal (luvas e avental) o qual, após utilização deve ser retirado e colocado no contentor – Grupo III (saco branco);

#### 4.1.3. Tratamento de contentores de transporte de Dispositivos Médicos contaminados:

- As malas de recolha e transporte de DM contaminados devem ser lavados imediatamente após a sua utilização com água e detergente e bem **secos**;

#### 4.2. LAVAGEM MANUAL DE DISPOSITIVOS MÉDICOS:

##### 4.2.1. Técnica de pré-lavagem

O objectivo da pré-lavagem não é a inactivação dos microorganismos presentes mas sim o arrastamento dos mesmos, evitando também a secagem da matéria orgânica sobre a superfície dos instrumentos. A presença destas matérias inibe o contacto do desinfectante ou esterilizante com as células microbianas e interfere na sua eficácia. Também assim se previne a corrosão e o desgaste que pode ocorrer, por reacções químicas que surgem se houver contacto prolongado entre a superfície do instrumento e as diferentes substâncias aderentes.

Esta fase deverá ter lugar em local próprio para o efeito.

- Os dispositivos médicos que têm indicação para serem imersos, devem ser mergulhados totalmente em água e detergente, seguindo as indicações do fabricante quanto à diluição, temperatura e tempo de imersão. Após cumprido o tempo de imersão, devem ser escovados debaixo da água. Aqueles que possuem lúmens ou pequenos orifícios devem ser limpos com escovas de diâmetro adequado;
- Após a escovagem, os DM devem ser abundantemente passados por água limpa e secos em papel absorvente. Deve-se ter o cuidado de verificar se não ficaram resíduos de papel nos DM;
- No final da lavagem a água e o detergente usados devem ser eliminados e o material deve ser inspeccionado de forma a verificar-se a eficácia de lavagem;
- A área de lavagem não deve ser utilizada para outros procedimentos;
- O detergente escolhido deve conter na sua formulação os componentes necessários para realizar a função de limpeza; ultrapassar as condicionantes da qualidade da água, ser inócuo para o material e seguro para o ambiente e operador;

- As paredes e pavimento da sala de lavagem devem ser de material de fácil lavagem. Nesta zona deve existir um lavatório para a higienização das mãos;
- Após a lavagem do material o equipamento de protecção individual deve ser retirado e colocado no contentor – Grupo III;

#### 4.2.2. Recomendações a seguir

1. A área de lavagem não deve ser utilizada para outros procedimentos;
2. O detergente escolhido deve conter na sua formulação os componentes necessários para realizar a função de limpeza, ultrapassar as condicionantes da qualidade da água, ser inócuo para o material, ser seguro para o ambiente e para o operador;
3. Deve ser alcalino e ou enzimático e de preferência na forma líquida, para permitir uma melhor dissolução;
4. O material deve ser lavado de preferência em bancadas de duas tinas, uma destinada à lavagem dos instrumentos e a outra ao enxaguamento. As superfícies devem ser lisas, de fácil limpeza e resistentes à água. As torneiras devem ser de bica alta e estar centradas com o ralo, para se evitarem os salpicos;
5. Os instrumentos de inox devem ser lavados com água morna pois as temperaturas superiores a 43º C coagulam as proteínas. Poderá haver detergentes enzimáticos cuja actuação se verifica também com água a temperatura ambiente;
6. As paredes e pavimento da sala de lavagem devem ser de material de fácil limpeza;
7. Nesta zona deve existir equipamento para lavagem e secagem das mãos;
8. Deve utilizar-se toalhetes de uso único, para limpeza das superfícies contaminadas;

#### 4.2.3. Protecção dos profissionais

- a) O profissional deve usar avental impermeável e luvas;
- b) As luvas devem ser de cano alto de nitrilo, ou de borracha tipo “menage”.
- c) O calçado deve ser antiderrapante e fechado;

- d) Após a lavagem do material o equipamento de protecção individual deve ser retirado e colocado no contentor – Grupo III;

#### 4.2.4. Tratamento do material após a lavagem

- a) As escovas de lavagem de material reutilizáveis devem ser lavadas preferencialmente em máquina. Se não for possível, estas devem ser lavadas com água e com detergente e secas de seguida;
- b) As bancadas de trabalho e todas as superfícies envolventes devem ser lavadas com água quente e detergente e imediatamente secas;
- c) As malas de transporte de material devem ser lavados com água e detergente;

#### 4.3. DETERGENTES UTILIZADOS NA LIMPEZA DE MATERIAIS E EQUIPAMENTOS:

Para que a descontaminação dos materiais e equipamentos seja eficaz é absolutamente necessária uma lavagem prévia com os detergentes adequados, antes da desinfeção ou esterilização:

- **Detergente normal** (materiais sem resíduos orgânicos; Ex.: armários, superfícies);
- **Detergente desincrustante** (materiais com resíduos orgânicos em pequena quantidade; Ex.: ferros para pensos);
- **Detergente enzimático** (materiais com resíduos orgânicos espessos; Ex.: endoscópios; material cirúrgico);

##### 4.3.1. Detergente desincrustante de limpeza de material cirúrgico – clorado; amónio quaternário

- Mecanismo de acção:
  - ✓ Poder detergente, desincrustante e anticorrosivo;
- Tempo de contacto:
  - ✓ 15 a 20 minutos;
- Utilização:
  - ✓ Limpeza manual de material cirúrgico;

Produto	Água	Temperatura
50 gramas (1 carteira)	6 litros	50-60 °C

- Comentários/precauções:
  - ✓ Utilizar a solução preparada num prazo de 4 horas;
  - ✓ Enxaguar muito bem;
  - ✓ Armazenar em local fresco;

#### 4.3.2. Detergente enzimático de limpeza de material cirúrgico – enzimas proteolíticas

- Mecanismo de acção:
  - ✓ Decompõe as moléculas das proteínas;
- Tempo de contacto:
  - ✓ Instrunet jet: 10 a 15 minutos;

\* Lembra-se a necessidade de respeitar a temperatura da água das diluições uma vez que a limpeza pode ficar comprometida se a acção enzimática for inactivada ou destruída.

- Comentários:
  - ✓ Utilizar a solução preparada num prazo de 8 horas;
  - ✓ Enxaguar muito bem;
  - ✓ Armazenar em local fresco;
- Precauções:
  - ✓ Evitar o contacto com pele e mucosas, por isso utilizar sempre barreiras protectoras quando da sua preparação/manipulação: luvas, óculos, máscara e bata;

#### Detergentes comercializados

Nome genérico	Nome comercial
Composto clorado	Melseclor pó (carteiras)
Composto de amónio-quaternário	Instrunet pó (carteiras)* <sup>1</sup>

Base enzimática	Cidezyme* ou Cidezyme LF* Instrunet jet * <sup>1</sup>
-----------------	---

\*<sup>1</sup> = Produtos existentes no armazém da ARSA, IP (distrito de Évora)

## 5. QUADRO RESUMO DOS PROCEDIMENTOS DE DESCONTAMINAÇÃO DE MATERIAIS E EQUIPAMENTOS:

Material/Equipamento	Tratamento	Alternativa/Recomendações
Alicates (cuidados de higiene)	Lavar com detergente enzimático e esterilizar;	Entre utilizações;
Almofadas	Lavagem/desinfecção em máquina de lavar;	Devem ter cobertura impermeável e resistente a altas temperaturas; Logo que danificadas devem ser substituídas;
Ambú	Lavar com água e detergente e desinfetar com álcool; Autoclavar (se possível) entre doentes;	Atenção à especificidade do material (seguir as instruções do fabricante)
Aparelho de atmosfera húmida e Nebulizadores	Reservatório e campânula: <ul style="list-style-type: none"> <li>Lavar com água e detergente;</li> <li>Enxaguar muito bem e secar;</li> <li>Desinfetar com toalhete, com álcool;</li> </ul> Traqueias e bocais: <ul style="list-style-type: none"> <li>Se reutilizáveis lavar com água e detergente e esterilizar;</li> </ul>	Entre utilizadores, e, de 24 em 24 horas, no mesmo utilizador;
Armário (uso geral)	Lavar com água e detergente; Deixar secar;	Semanal Armários da unidade do doente nos internamentos (após a alta);
Armário (uso de material estéril)	Lavar com água e detergente; Deixar secar; Desinfetar com álcool;	Semanal
Arrastadeiras	Lavar em máquina com ciclo de desinfecção pelo calor;	<u>Alternativa:</u> Lavar com água e detergente; Desinfetar com solução, a 0,1% de doro activo (4 pastilhas Presept 0,5g/litro);

Material/Equipamento	Tratamento	Alternativa/Recomendações
Aspirador de secreções	Modificar o sistema de copos/tubos reutilizáveis, por sistema de aspiração, para sacos e tubos descartáveis;	Os aspiradores existentes podem adaptar-se a este sistema;
Bacias de higiene	Lavar com água e detergente, após cada utilização pelo mesmo doente; Entre doentes, desinfetar em máquina de desinfecção térmica;	<u>Alternativa:</u> Lavar com água e detergente; Deixar secar; Desinfetar com álcool;
Bancadas (sala de tratamentos)	Lavar com água e detergente; Deixar secar; Sempre que ocorra contaminação, e, periodicamente desinfetar com álcool ou solução de cloro activo a 0,01% (1 pastilha de Presept 0,5g/2 litros)	
Banheiras e bidés	Lavar com água e detergente; Deixar secar; Sempre que ocorra contaminação desinfetar com solução a 0,1% de cloro activo (4 pastilhas de Presept 0,5g/litro);	Os utentes devem usar, água corrente, nunca de imersão;
Batas (fardas; aventais, etc.)	Lavar em máquina, com ciclo próprio para desinfecção térmica;	<u>Alternativa:</u> Desinfetar com solução, a 0,1% de cloro activo (4 pastilhas Presept 0,5g/litro);
Brinquedos	Lavar com água e detergente; Deixar secar; Se contaminados, desinfetar com álcool ou solução, a 0,1% de cloro activo (4 pastilhas de Presept 0,5g/litro);	Se muito contaminados, devem ser destruídos;
Cadeira de rodas	Lavar com água e detergente; Deixar secar; Em caso de contaminação, desinfetar com álcool;	É recomendável, a utilização de um produto próprio, para a manutenção de metais (seguir as instruções do fabricante)
Cadeirão/sofá (unidade do doente internado)	Lavar com água e detergente (toallete húmido); Se contaminado e entre utilizadores, desinfetar com álcool ou solução, a 0,1% de cloro activo (4 pastilhas Presept 0,5g/litro);	Atenção à especificidade do material (seguir as instruções do fabricante)
Cama	Lavar com água e detergente; Deixar secar; Quando contaminado e entre utilizadores desinfetar com álcool ou solução a 0,1% de cloro activo (4 pastilhas Presept 0,5g/litro);	Atenção à especificidade do material (seguir as instruções do fabricante)



Material/Equipamento	Tratamento	Alternativa/Recomendações
Câmara expansora	Lavar com água e detergente; Deixar secar; Desinfectar com toalhete com álcool a 70°;	Atenção à especificidade do material (seguir as instruções do fabricante)
Carros de pensos e outros em material inox	Lavar com água e detergente; Deixar secar; Em caso de contaminação desinfectar com álcool;	
Colchões (camas, macas, catres)	Lavar com água e detergente; Deixar secar; Quando contaminado e entre utilizadores desinfectar com álcool ou solução a 0,1% de cloro activo (4 pastilhas Presept 0,5g/litro)	Atenção à especificidade do material (seguir as instruções do fabricante)
Contentores de resíduos	Lavar com água e detergente; Deixar secar; Desinfectar periodicamente e em caso de derramamento, com solução a 1% de cloro activo (7 pastilhas Presept 2,5g/litro ou 36 pastilhas Presept 0,5g/litro);	
Copos	Lavar e desinfectar em máquina com desinfectação térmica	<u>Alternativa:</u> Lavar com água e detergente; Enxaguar; Desinfectar com solução a 0,01% de cloro activo durante 1 a 2min (1 pastilha Presept 0,5g/2 litros); Enxaguar em água corrente; Secar;
Cortinados (separadores das áreas de tratamento/unidades de doentes)	Lavar com água e detergente; Deixar secar; Quando contaminado e entre utilizadores desinfectar com álcool;	Atenção à especificidade do material (seguir as instruções do fabricante)
Eléctrodos do electrocardiógrafo	Lavar com água e detergente e secar;	

Material/Equipamento	Tratamento	Alternativa/Recomendações
Esfigmomanómetros	Limpar com toalhete húmido, periodicamente e em situações de risco, desinfectar com álcool; Braçadeira: desmontar e lavar com água e detergente, deixar secar, desinfectar com álcool, quando contaminada;	Atenção à especificidade do material (seguir as instruções do fabricante)
Espéculos vaginais (em inox)	Inserir em solução de detergente desincrustante (com água morna), cerca de 20 minutos; Lavar e enxaguar; Secar; Empacotar e esterilizar, em autoclave;	Atenção às concentrações do desincrustante; Em caso de haver grande concentração de matéria orgânica, usar detergente enzimático;
Estetoscópios	Lavar com água e detergente; Deixar secar; Desinfectar com álcool;	
Humidificador (para oxigenoterapia)	<u>Se for reutilizável:</u> Lavar com água e detergente; - Enxaguar muito bem; - Deixar secar; Desinfectar com toalhete com álcool, a 70°; Deixar secar;	Mesmo doente, descontaminação de 24/24h;  Entre doentes, descontaminar sempre;
Humidificadores e nebulizadores	<u>Parte externa do aparelho:</u> Limpar com toalhete; Desinfectar com álcool, quando contaminado; <u>Reservatório e campânula:</u> Lavar com água e detergente; Enxaguar muito bem; Deixar secar; Desinfectar com toalhete, com álcool;	Mesmo doente, descontaminação de 24/24h;  Entre doentes, descontaminar sempre;
Instrumentos inox (material para penso, espéculos, porta agulhas, etc.)	Inserir em solução de detergente desincrustante (com água morna), cerca de 20 minutos; Lavar e enxaguar; Secar; Empacotar e esterilizar em autoclave;	Atenção às concentrações do desincrustante; Em caso de haver grande concentração de matéria orgânica, usar detergente enzimático;

Material/Equipamento	Tratamento	Alternativa/Recomendações
Laringoscópio	<p><b>LÂMINAS</b>  <u>Termo sensíveis:</u>  Lavar e desinfetar com álcool, a 70° (imersão de 10 minutos)  <u>Não termo sensíveis:</u>  Lavar e enxaguar, secar e autoclavar;</p> <p><b>CABO</b>  Lavar com toalhete humedecido com água e detergente;  Secar bem;  Desinfetar com toalhete com álcool;</p>	Atenção à especificidade do material (seguir as instruções do fabricante)
Lavatórios	<p>Lavar com água e detergente;  Secar;</p> <p>Em caso de contaminação, desinfetar com solução a 0,1% de cloro activo (4 pastilhas Presept 0,5g/litro)</p>	Recomenda-se a utilização sempre, em água corrente;
Louça e talheres	Lavar em máquina com ciclo próprio, para desinfecção térmica;	<p><u>Alternativa:</u>  Lavar com água e detergente;  Enxaguar;  Desinfetar com solução, a 0,01% de cloro activo durante 1 a 2mn (1 pastilha Presept/2 litros);  Enxaguar e secar;</p>
Macas	<p>Lavar com toalhete húmido e secar;</p> <p>Desinfetar com álcool, quando contaminado;</p>	Atenção à especificidade do material (seguir as instruções do fabricante)
Mesa de cabeceira	<p>Lavar com toalhete húmido e secar;</p> <p>Desinfetar com álcool, quando contaminado;</p>	Atenção à especificidade do material (seguir as instruções do fabricante)
Mesa de refeições	<p>Lavar com toalhete húmido e secar;</p> <p>Desinfetar com álcool, quando contaminado;</p>	Atenção à especificidade do material (seguir as instruções do fabricante)

Material/Equipamento	Tratamento	Alternativa/Recomendações
Nebulizadores	<p><u>Parte externa do aparelho:</u> Limpar com toalhete; Desinfectar com álcool, quando contaminado;</p> <p><u>Reservatório e campânula:</u> Lavar com água e detergente; Enxaguar muito bem; Deixar secar; Desinfectar com toalhete com álcool;</p>	<p>Mesmo doente, descontaminação de 24/24h;</p> <p>Entre doentes, descontaminar sempre;</p>
Oxigenoterapia	<p><u>Sondas nasais duplas:</u> <u>Uso único;</u></p> <p><u>Humidificador:</u> Lavar com água e detergente, enxaguar e secar bem, desinfectar com toalhete com álcool a 70°;</p>	<p>Entre utilizadores; No mesmo utilizador de 24/24 h;</p>
Sanitas	<p>Lavar com água e detergente; Desinfectar com solução a 0,1% de cloro activo (4 pastilhas Presept 0,5g/litro), quando ocorra contaminação;</p>	<p>Usar solução de cloro, <u>quando usada por doentes infectados;</u></p>
Suporte de soros	<p>Lavar com toalhete húmido; Desinfectar com álcool, quando ocorra contaminação;</p>	
Taças/tabuleiros de inox	<p>O tratamento depende da utilização anterior e posterior;</p> <p>Se conspurcado com matéria orgânica - inserir em solução de detergente desincrustante <b>enzimático</b> (com água morna) cerca de 20 mn, lavar e secar;</p> <p>Se não conspurcado com matéria orgânica - inserir em solução de detergente desincrustante (com água morna) cerca de 20 mn, lavar e secar;</p>	<p>Autoclavar após desinfecção e lavagem se utilização posterior o exigir (Ex.: colheita de urina asséptica)</p>
Termómetros	<p>Lavar com água e detergente, entre utilizações;</p> <p>Desinfectar com álcool, entre utilizadores;</p>	

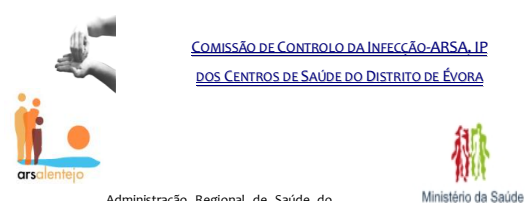
Material/Equipamento	Tratamento	Alternativa/Recomendações
Tesoura	Lavar com água e detergente; Secar; Desinfectar com álcool, quando contaminada;	Esterilizar em autoclave, se a utilização posterior o exigir;
Tubos de Guedel	Inserir em solução de detergente desincrustante enzimático (com água morna) cerca de 20 minutos, lavar, secar e autoclavar;	Quando não forem de uso único;
Urinóis	Lavar e desinfectar, em máquina própria entre utilizações;	<u>Alternativa:</u> Lavar com água e detergente entre utilizações; Desinfectar em solução a 0,1% de cloro activo (4 pastilhas Presept 0,5g/litro) entre utilizadores;

## 6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- WILSON, JEINNIE - *Controlo de Infecção na Prática Clínica*, 2ª Edição – Luso Ciência – Edições Técnicas, Científicas, Lda., capítulo XIII, página 133 a 186, 2003.
- CCI DA SUB-REGIÃO DE SAÚDE DE BEJA – *Orientações para boas práticas*, página 14 a 46, Beja, 2003.
- CDC, [www.atsdr.cdc.gov/es/tokfaqs/es](http://www.atsdr.cdc.gov/es/tokfaqs/es) (Abril/2002).

Elaborado por: Comissão de Controlo da Infecção- ARSA,IP dos Centros de Saúde do Distrito de Évora	Carimbo:	Aprovado por:
Data: Setembro de 2007		Data:

Anexo VII - Recomendação de boas práticas sobre antissépticos e desinfetantes

 <p><a href="#">COMISSÃO DE CONTROLO DA INFECÇÃO-ARSA, IP</a> <a href="#">DOS CENTROS DE SAÚDE DO DISTRITO DE ÉVORA</a></p> <p>ARS Alentejo Administração Regional de Saúde do Alentejo</p> <p>Ministério da Saúde</p>		<b>RECOMENDAÇÕES DE BOA PRÁTICA</b>	
		<b>Descontaminação de Materiais e Equipamentos</b>	
Ficha: <b>3</b>	Revisão:	Data: <b>Setembro de 2007</b>	Folhas: 110 de 132

1. OBJECTIVO:

- Divulgar conceitos relacionados com utilização de anti-sépticos e desinfectantes;
- Dar a conhecer as propriedades dos desinfectantes e anti-sépticos;
- Orientar para a utilização dos desinfectantes e anti-sépticos;

2. CONCEITOS:

- Anti-sépticos – Agentes químicos, que destroem ou inibem o crescimento microbiano nos tecidos vivos. Utilizam-se para descontaminar pele e mucosas;
- Desinfectantes – Agentes químicos, que destroem microorganismos nos objectos inanimados. Utilizam-se na descontaminação de materiais, equipamentos e superfícies;
- Material Contaminado - Material que tenha sido usado, exposto a uma situação clínica e esteja poluído com matéria orgânica, microorganismos ou outras substâncias inorgânicas indesejáveis como: pó, resíduos químicos, material radioactivo,...;

3. CONSIDERAÇÕES SOBRE A UTILIZAÇÃO DOS ANTI-SÉPTICOS E DESINFECTANTES:

♦ Factores condicionantes da eficácia:

- 1 - Tempo de contacto: O tempo de contacto necessário, para que se exerça a acção anti-microbiana dos desinfectantes, é variável;
- 2 - Concentração do princípio activo na diluição, recomendada: Alguns desinfectantes são instáveis, decompondo-se com facilidade e deixando de ter actividade anti-microbiana, permitindo o desenvolvimento de certos microorganismos, como por exemplo: *pseudomonas*. É necessário, pois, que as diluições dos desinfectantes sejam correctas e recentes;

- 3 - Quantidade de matéria orgânica presente no local a descontaminar: Os materiais devem estar libertos de matéria orgânica, pois a maioria dos desinfectantes, são inactivos na sua presença;
  - 4 - Natureza dos germens a eliminar: Os microorganismos têm diferentes sensibilidades, à acção dos desinfectantes químicos, que depende da sua estrutura celular;
  - 5 - Número de microorganismos: Quanto maior o número de microorganismos, maior será o tempo, que o desinfectante deverá actuar, pelo que, é importante uma limpeza eficaz, antes da utilização do desinfectante;
  - 6 - PH: Alguns, como por exemplo: glutaraldeídos, clorohexidina, amónios quaternários, actuam melhor em meio alcalino, outros, como os hipocloritos e o iodo, actuam melhor em meio ácido;
  - 7 - Armazenamento: Deve ter-se cuidado, para não diminuir a actividade do desinfectante, durante o armazenamento, por exemplo:
    - Água oxigenada, não deve ser guardada em frascos transparentes ou abertos;
    - Os hipocloritos, expostos ao calor e humidade, perdem actividade;
- ♦ Factores a considerar na escolha de, anti-sépticos e desinfectantes:
- 1 - Deve eliminar: os microorganismos patogénicos num espaço de tempo razoável e em concentração específica;
  - 2 - Não deve: apresentar toxicidade para os tecidos humanos;
  - 3 - Não ser: corrosivo ou danificar os materiais e equipamentos em que é utilizado;
  - 4 - Deve ser: económico, fácil de preparar e simples de utilizar;
  - 5 - Deve ser: estável, nas formas líquida ou sólida, para que possa ser guardado, durante um período aceitável;
  - 6 - O PH: deve ser estável, em relação às diferenças de temperatura, dentro dos limites razoáveis;
  - 7 - Largo espectro de acção: deve actuar sobre bactérias Gram (+) e Gram (-), BK, microorganismos sob a forma de esporos, vírus e fungos;
  - 8 - Acção: irreversível;
  - 9 - Não ser: facilmente inactivado, pela matéria orgânica;



- ♦ Precauções na utilização dos anti-sépticos e desinfectantes:
  - a) Conhecer a composição do produto a utilizar;
  - b) Respeitar o protocolo de utilização, doses, diluições e incompatibilidades;
  - c) Manusear com luvas e roupas protectoras;
  - d) Se a pele ou mucosas forem atingidas por projecções de desinfectantes químicos, lavar imediatamente e abundantemente com água;
  - e) Limpar sempre o recipiente em que se diluiu ou utilizou o desinfectante;
  - f) As soluções devem ser guardadas em contentores próprias;
  - g) As soluções desinfectantes devem ser sempre utilizadas dentro do prazo de validade e deve ser respeitado o tempo de conservação da diluição utilizada;
  - h) As soluções desinfectantes não devem ser adicionadas a detergentes, a não ser que sejam compatíveis;
  
- ♦ Princípios básicos da utilização de desinfectantes químicos:
  - a) A limpeza precede sempre a desinfecção;
  - b) A desinfecção não pode substituir a limpeza;
  - c) Respeitar o tempo de contacto necessário dos desinfectantes;
  - d) Utilizar diluições correctas e recentes;
  - e) Utilizar os desinfectantes químicos apenas quando:
    - Não se pode esterilizar;
    - Uma adequada limpeza é insuficiente;
    - Não existe material descartável disponível;

#### 4. PROPRIEDADES DOS ANTI-SÉPTICOS E DESINFECTANTES, E, MODO DE UTILIZAÇÃO:

A escolha do anti-séptico ou do desinfectante implica um conhecimento, sobre as suas propriedades e modo de utilização.

Fazemos pois uma descrição sumária das características dos produtos que mais frequentemente são utilizados nos centros de saúde do distrito de Évora.

##### 4.1. ANTI-SÉPTICOS:

###### 4.1.1. Álcool

Propriedades:

###### 1. Mecanismo de acção:

- Por coagulação das proteínas e dissolução dos componentes lipídicos das membranas;
- 2. Espectro de acção:
  - Rápida actividade bactericida;
  - Lenta actividade virucida e fungicida (incluindo VHB e HIV);
  - Não esporicida;
- 3. Tempo de contacto: + de 2 minutos (até secar);
- 4. Sem actividade residual;

Indicações de utilização:

1. Anti-séptico da pele;
2. Descontaminação de materiais e equipamentos;
3. Descontaminação de superfícies:

Vantagens:

1. Baixa toxicidade;
2. Boa tolerância;
3. Pode também potenciar a actividade de outros anti-sépticos (clorohexidina, compostos de amónio quaternário);
4. Efeito rápido;
5. Evaporação rápida;

Desvantagens:

1. Ser inflamável e volátil;
2. Secar a pele quando usado frequentemente;
3. Só actuar em superfícies previamente limpas;
4. Ser inactivado pela matéria orgânica;
5. Não é utilizável em mucosas ou feridas já que é irritante;

Concentração:

1. Etílico a 70°;
2. Isopropílico a 63° com cloreto de benzalcónio a 0,25%;
3. Propanol a 75% com etilsulfato de mecetrónio a 0,2%;

Nota: Aconselham-se concentrações entre os 70 e os 90%, já que concentrações maiores diminuem a sua eficácia. Isto deve-se ao facto de que o álcool actua precipitando as proteínas do germen exclusivamente em meio aquoso. Assim, o álcool deve estar

diluído para ter efeito. A clínica tem demonstrado que as soluções mais efectivas são as de 70%. Abaixo dos 50% tem muito baixa actividade.

#### 4.1.2. Compostos de amónio quaternário

Propriedades:

1. Mecanismo de acção:
  - Destroem a parede bacteriana e membrana citoplasmática;
2. Espectro de acção:
  - Activos sobre Gram +;
  - Activos sobre alguns Gram –;
  - Baixa actividade sobre vírus;
  - Fungistático;
  - Não actua sobre o BK e esporos;
3. Tempo de contacto: variável dependendo da solução ser aquosa ou alcoólica;
4. Actividade residual: baixa;

Desvantagens:

1. Escassa actividade anti microbiana;
2. Acção germicida lenta;
3. Inactiva em presença de matéria orgânica e de sabões;
4. Forma uma película por debaixo da pele sob a qual podem sobreviver alguns germes;
5. São absorvidos por gordura, goma e apósitos perdendo actividade;

Indicações de utilização:

1. Anti-séptico das mãos e pele sã;
2. Associam-se a outros anti-sépticos, para alargar o seu espectro de acção;

#### 4.1.3. Clorhexidina

Propriedades:

1. Mecanismo de acção:
  - Rompe a parede celular;
2. Espectro de acção:
  - Mais activa sobre os Gram + do que sobre os Gram –;
  - Fungistático;
  - Não actua sobre vírus, esporos ou BK;
  - Algumas espécies de *Pseudomonas* e *Proteus* são-lhe resistentes;

3. Tempo de contacto – Pelo, menos 1 minuto;
4. Actividade residual: longa;

Indicações de utilização:

1. Pele e mucosas;
2. Desinfecção asséptica e cirúrgica das mãos;
3. Banho pré-operatório em cirurgia de risco;
4. Desinfecção da mucosa oral;

Vantagens:

1. Tem actividade residual;
2. Baixa toxicidade;
3. Actuação rápida;
4. Minimamente inactivado na presença de matéria orgânica;

Desvantagens:

1. O seu uso repetido pode provocar reacções de sensibilização cutânea;
2. É ototóxico;
3. Não se deve utilizar, no tecido cerebral;
4. Em contacto com a córnea, provoca queratites;
5. A roupa manchada com clorohexidina, fica castanha, se entra em contacto com lixívia;
6. Inactivado na presença de matéria orgânica;
7. Inactivado pelo sabão e detergentes aniónicos;
8. Baixo espectro de acção;

Concentração:

- 4% numa base detergente;
- 0,5% em solução alcoólica
- Solução aquosa com cetrimida a 3,5%
- 0,2 % solução dental

#### 4.1.4. Iodo/iodóforos

Existem dois tipos de soluções que contêm iodo:

1. As soluções de iodo, propriamente ditas (não se usam em feridas e mucosas devido à presença de álcool):
  - Álcool iodado – 0,1 g de iodo + 100ml de álcool a 70°;

- Tintura de iodo – 1g de iodo + 100ml de álcool a 70°;

2. Os iodóforos:

- Povidona iodada a 10%;

Propriedades dos Iodóforos e das soluções com iodo e álcool:

1. Mecanismo de acção:

- Por destruição das proteínas;
- Por destruição da estrutura dos ácidos nucleicos;

2. Espectro de acção:

- Bactericida;
- Virucida;
- Fungicida;
- Alguma actividade esporicida;

3. Tempo de contacto: 2 minutos;

4. Actividade residual: intermédia (liberta iodo lentamente);

Concentração dos Iodóforos:

- A 4% em solução espuma;
- A 10% em solução dérmica;
- A 10% em solução ginecológica;

4.2. DESINFECTANTES:

4.2.1. Álcool

Propriedades:

1. Mecanismo de acção:

- Por coagulação das proteínas e dissolução dos componentes lipídicos das membranas;

2. Espectro de acção:

- Rápida actividade bactericida;
- Lenta actividade virucida e fungicida;
- Não esporicida;
- Não actua no BK (Bacilo de Kock);

3. Tempo de contacto: + de 2 minutos (até secar);

Indicações de utilização:

1. Materiais e equipamentos (ver sempre indicações dos fornecedores):

- Peças dos nebulizadores;
- Termómetros;
- Otoscópios e oftalmoscópios;
- Peças dos cardiotocógrafos;
- Peças dos electrocardiógrafos;
- Outros equipamentos;

2. Superfícies:

- Bancadas;
- Tabuleiros;
- Carros de apoio;
- Biombos separadores;

4.2.2. Cloro

Propriedades:

9. Mecanismo de acção:

- Inibe algumas reacções enzimáticas e provoca desnaturação das proteínas;

10. Espectro de acção:

- Bactericida incluindo BK ;
- Virucida (incluindo VHB e HIV);
- Fungicida;

Nota: Utilizar soluções de preparação recente.

A utilização do cloro como desinfectante está também condicionada às formas de apresentação disponíveis. Nos centros de saúde existe:

4.2.3. Dicloroisocianurato de sódio (pastilhas)

a) Água;

b) Materiais e equipamentos:

- ✓ Do laboratório
- ✓ Nos serviços de cozinha/copa
- ✓ Sanitários

Presept - pastilhas de 0,5 g

Materiais e equipamentos	N.º de pastilhas	L itros d e água	Tempo de contacto
--------------------------	------------------------	---------------------------	----------------------

Superfícies	1	2	Passar toallete disposable
Louça	1	2	Imergir durante 1 – 2 min
Borracha, vidro, plástico, porcelana, biberons/tetinas	1	2	Imergir 1 hora
Instrumentos de aço inox	1	0 ,5	Imergir 15 min

Presept - pastilhas de 2,5 g

Materiais e equipamentos	N.º de pastilhas	L itros d e água	Tempo de contacto
Superfícies	1	1 0	Passar toallete disposable
Louça	1	1 0	Imergir durante 1 – 2 min
Borracha, vidro, plástico, porcelana, biberons/tetinas	1	1 0	Imergir 1 hora
Instrumentos de aço inox	1	2 ,5	Imergir 15 min

#### 4.2.4. Dicloroisocianurato de sódio (grânulos)

a) Superfícies – quando ocorrem salpicos ou derramamentos de fluidos orgânicos  
(com excepção de urina):

- ✓ Circunscrever e polvilhar toda a área a descontaminar;
- ✓ Retirar após pelo menos 2 minutos de actuação do produto;
- ✓ Lavar em seguida com toallete;

Vantagens:

1. Acção rápida;

Desvantagens:

1. É corrosivo para metais e irritante para os tecidos vivos;
2. É inactivado pela presença de matéria orgânica (o dicloroisocianurato é menos susceptível). Assim, quanto mais contaminado estiver o produto que se pretende desinfectar, maior quantidade de cloro é necessária para se conseguir essa desinfeccção;
3. São incompatíveis com detergentes catiónicos;

4. Em áreas pouco ventiladas a sua utilização pode provocar irritação da pele e mucosas;
5. É instável;

Notas:

- Quando armazenados correctamente nas embalagens, as pastilhas e grânulos mantêm-se activos durante anos;
- As soluções preparadas são estáveis durante 24 horas;
- As soluções ácidas são mais activas mas mais instáveis que as de pH alcalino (as pastilhas e grânulos são activos a um pH de 6 a 10);
- Devem-se utilizar sempre soluções de preparação recente;

#### 5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- WILSON, JEINNIE - *Controlo de Infecção na Prática Clínica*, 2ª Edição – Luso Ciência – Edições Técnicas, Científicas, Lda., capítulo XIII, página 175 a 209 e 299 a 321, 2003.
- CCI DA SUB-REGIÃO DE SAÚDE DE BEJA – *Orientações para boas práticas*, página 6 a 23, Beja, 2003.

Elaborado por: Comissão de Controlo da Infecção- ARSA, IP dos Centros de Saúde do Distrito de Évora	Carimbo:	Aprovado por:
Data: Setembro de 2007		Data:



Anexo VIII - Recomendação de boas práticas para a higienização do ambiente

 <p><a href="#">COMISSÃO DE CONTROLO DA INFECÇÃO-ARSA, IP</a> <a href="#">DOS CENTROS DE SAÚDE DO DISTRITO DE ÉVORA</a></p>		RECOMENDAÇÕES DE BOA PRÁTICA	
		Descontaminação de Materiais e Equipamentos	
Ficha: 3	Revisão:	Data: Setembro de 2007	Folhas: 121 de 132

1. OBJECTIVO:

- Divulgar os princípios gerais da higienização do ambiente;
- Definir os critérios exigidos para o equipamento de limpeza;
- Definir e divulgar as normas e recomendações de higienização e acondicionamento dos equipamentos de limpeza;
- Definir protocolos de limpeza consoante as áreas;

2. ÂMBITO:

Serviços hoteleiros, serviço de limpeza e profissionais dos centros de saúde do distrito de Évora.

3. CONCEITOS:

**A limpeza** consiste no processo de remoção da sujidade (matéria orgânica ou inorgânica) de objectos ou superfícies, através da acção mecânica da lavagem utilizando-se água e sabão ou detergente.

Permite o controle de disseminação da contaminação biológica (eficácia na remoção de microorganismos em cerca de 90%), assegurando que todas as actividades aí desenvolvidas não tragam riscos acrescidos para a saúde dos utentes.

**A limpeza é ainda importante do ponto de vista da imagem das instituições e sobre o estado psicológico dos profissionais e dos utentes que as utilizam.**

A supervisão dos serviços de limpeza deve ser feita pelo elemento dinamizador da CCI na Instituição, o que permite a vigilância do cumprimento dos procedimentos dos profissionais.

**A descontaminação** por limpeza e desinfecção, é um processo que permite a destruição da maior parte dos microorganismos patogénicos, mas não os esporos bacterianos.

Consideram-se **desinfetantes** os agentes químicos que destroem microorganismos nos objectos inanimados e utilizam-se na descontaminação de materiais, equipamentos e superfícies.

#### 4. PRINCÍPIOS GERAIS DE LIMPEZA:

- Excluir todos os meios de limpeza que façam levantar o pó (ex. uso de vassouras, espanadores, limpeza do pó a seco, etc.);
- A remoção do pó deve ser sempre feita por meios húmidos;
- O pano deve ser enxaguado, na passagem de uma estrutura ou equipamento para outra e da unidade de um doente para outro;
- A limpeza do chão deve ser feita pelo método do duplo balde, que consiste na utilização de um balde com água quente e detergente e um balde só com água quente para ir enxaguando a esfregona;
- A metodologia de limpeza e os produtos empregues na mesma são sempre iguais para qualquer área, quer esta seja considerada ou não, de risco. O que varia é a frequência de limpeza necessária e instituída para cada área;
- Usar sempre água quente na limpeza de superfícies;
- A limpeza, deve ser sempre feita no sentido das zonas mais limpas para as mais sujas. Nas limpezas globais iniciar sempre pelos pontos de luz, seguindo-se os tectos, paredes, mobiliário e equipamento e por fim o chão;
- As barreiras de protecção a utilizar na limpeza são:
  - a) Luvas de borracha ou de “ménage” já que estes tipos de luvas constituem uma barreira de defesa eficaz nos contactos prolongados com os líquidos e com desinfetantes;
  - b) Avental de plástico por cima da farda;
- Os materiais de limpeza devem ser exclusivos para cada área, isto é, panos, esfregonas e baldes, usados nas casas de banho, não podem ser usados nas salas de tratamentos, gabinetes médicos, refeitórios e áreas administrativas, a fim de evitar a redistribuição cruzada de microrganismos nas superfícies de uma área para outra;
- Não trocar equipamento de um serviço para outro, respeitando os “kit’s” de limpeza:

- a) Carro de limpeza equipado com duplo balde prensa e acessório para acondicionamento e transporte de materiais /produtos;
- b) Panos de limpeza, respeitando código de cores estabelecido (cores indeléveis);
- c) Esfregona de micro fibra, removível do cabo;
- d) Mopas de micro fibra para limpeza do pó;
- e) Luvas de borracha;
- f) Aventais impermeáveis;
- g) Detergentes e desinfetantes;

A desinfecção por rotina de superfícies não é aconselhada, o uso de desinfetante fica assim restrito a situações de derrames ou salpicos de sangue ou outra matéria orgânica contendo sangue.

## 5. EQUIPAMENTO DE LIMPEZA:

- As infecções cruzadas podem ocorrer quando o mesmo equipamento de limpeza é utilizado em áreas diferentes; portanto este deverá ser individualizado e devidamente identificado;
- Todos os equipamentos deverão ser cuidadosamente limpos depois de utilizados, secos e armazenados em local que ofereça condições de segurança;
- Todos os meios de limpeza que levantam pó devem ser excluídos;

### 5.1. Esfregonas:

- Os cabos das esfregonas não devem ser de madeira ou de outro material poroso;
- As cabeças devem ser de material de fácil lavagem (removível do cabo);
- Devem ser lavadas diariamente;

### 5.2. Escovas de Máquinas:

- Devem ser lavadas após a sua utilização;

5.3. Luvas de borracha:

- As luvas de borracha devem ser lavadas no final do trabalho, da seguinte forma: antes de as retirar, lavar primeiro como se estivesse a lavar as mãos, depois retiram-se e lavam-se do avesso e penduram-se para escorrer e secar. Só podem voltar a usar-se depois de completamente secas;

5.4. Aspiradores:

- Os aspiradores devem estar equipados, com filtros e com tiragem do ar afastados do chão e os filtros devem ser mudados, de acordo com o protocolo instituído pelo fabricante;

5.5. Baldes:

- Têm de ser de fácil limpeza e guardados secos e invertidos a escorrer;

5.6. Carros de Limpeza:

- Devem ser de plástico polipropileno ou aço inoxidável e guardado em boas condições;

5.7. Panos de Limpeza:

Devem ser utilizados de cores diferentes de acordo com as diferentes zonas:

1. Mobiliário e superfícies (salas de tratamento, vacinação e gabinetes médicos) – **pano azul**;
2. Lavatórios e azulejos – **pano amarelo**;
3. Sanitas e pias de despejo – **pano cor-de-rosa**;
4. Mobiliário das áreas administrativas e área alimentar – **pano verde**;

Os panos devem ser lavados e secos diariamente.

6. DETERGENTE:

- Não se aconselha o uso de detergentes abrasivos;
- Nunca adicionar desinfetantes aos detergentes;

6.1. Características do detergente para limpeza:

- Biodegradável;
- Não corrosivo,
- Cheiro não irritante;
- Não conter desinfectantes;

6.2. Acondicionamento dos detergentes:

- Os detergentes devem ser armazenados em local próprio;
- Não devem ser armazenadas soluções diluídas; as diluições devem ser feitas imediatamente antes da sua utilização;
- As embalagens devem ser devidamente rotuladas e identificadas com indicação da composição e diluição adequada para cada utilização;
- Os recipientes reutilizáveis devem ser sempre cuidadosamente lavados e secos antes da nova utilização;
- Os recipientes devem ser mantidos devidamente fechados;

7. REPOSIÇÃO DE MATERIAIS:

- Repor sabão líquido, toalhetes e papel higiénico no início e no fim do turno e sempre que necessário;
- Ao repor o sabão não esquecer de lavar o doseador;
- Ao repor os toalhetes para mãos não esquecer de higienizar o respectivo dispensador;

8. PLANOS DE LIMPEZA:

As limpezas a efectuar obedecerão à seguinte periodicidade e tipologia:

- Diárias;
- Semanais;
- Quinzenais;

- Semestrais;

#### 8.1. Limpezas Diárias:

Estas limpezas contemplam:

- Limpeza e lavagem de todos os pavimentos em mosaico, madeira, cortiça ou outros;
- Limpeza de móveis, armários, secretárias e cadeiras, incluindo superfícies, bancadas, vãos de janela, candeeiros, estantes, prateleiras e outros;
- Limpeza de lavatórios, lava louças, e manípulos de torneiras;
- Limpeza de frigoríficos e máquinas de lavar (por fora);
- Limpeza de portas e manípulos;
- Limpeza de separadores (cortinas e calhas);
- Limpeza de tapetes, carpetes, sofás, nichos;
- Telefones;
- Limpeza de reservatórios de resíduos com o despejo destes e colocação de sacos plásticos da cor correspondente;
- Limpeza de todas as instalações sanitárias (no mínimo 2 vezes por dia e sempre que a situação o exija; em locais de atendimento público onde a afluência é maior esta frequência deve ser maior);
- Limpeza de vestiários;

#### 8.2. Limpeza Periódica Semanal:

Estas limpezas integram os seguintes procedimentos:

- Limpeza de convectores e respectivos nichos;

- Limpeza de janelas;
- Limpeza das tubagens (junto ao tecto);
- Lavagem de portas e manípulos (com lustragem do inox);
- Limpeza do ar condicionado (por fora);
- Lavagem de sanitários, com a utilização de esfregão apropriado para remoção do calcário;

#### 8.3. Limpeza Periódica Quinzenal:

Estas limpezas integram os seguintes procedimentos:

- Limpeza de vidros;
- Limpeza de estores;

#### 8.4. Limpeza Periódica Semestral:

Estas limpezas integram os seguintes procedimentos:

- Lavagem de lâmpadas e difusores;
- Limpeza de todas as paredes internas;
- Lavagem de paredes, lavagem de tectos;

### 9. DESCONTAMINAÇÃO POR LIMPEZA E DESINFECÇÃO DE SUPERFÍCIES, MATERIAIS E EQUIPAMENTOS:

O uso de desinfectante é restrito a situações, em que tenha existido, **derrames, salpicos de sangue ou outra matéria orgânica** (excluindo-se a urina), ou **contacto** de materiais/equipamentos com **doentes infectados** ou que se suspeita dessa situação;

Procedimentos a seguir:

Presept - pastilhas de 0,5 g



<b>Materiais e equipamentos</b>	<b>Nº de pastilhas</b>	<b>Litros de água</b>	<b>Tempo de contacto</b>
<b>Superfícies</b>	1	2	<b>Passar toalhete de papel</b>
<b>Louça</b>	1	2	<b>Imergir durante 1 - 2 min</b>
<b>Borracha, vidro, plástico, porcelana, biberons/tetinas</b>	1	2	<b>Imergir durante 1 hora</b>
<b>Instrumentos de aço inox</b>	1	0,5	<b>Imergir 15 min</b>

**Presept - pastilhas de 2,5 g**

<b>Materiais e equipamentos</b>	<b>Nº de pastilhas</b>	<b>Litros de água</b>	<b>Tempo de contacto</b>
<b>Superfícies</b>	1	10	<b>Passar toalhete de papel</b>
<b>Louça</b>	1	10	<b>Imergir durante 1 - 2 min</b>
<b>Borracha, vidro, plástico, porcelana, biberons/tetinas</b>	1	10	<b>Imergir durante 1 hora</b>
<b>Instrumentos de aço inox</b>	1	2,5	<b>Imergir 15 min</b>

NOTA: Após utilização por um doente infectado ou quando existam surtos epidémicos, recomenda-se a desinfeção das torneiras, bacias, banheiras etc., com:

- ♦ Solução de hipoclorito de sódio a 0,1% de cloro livre (4 pastilhas Presept de 0,5g por litro de água);

ou

- ♦ Solução de hipoclorito de sódio a 0,1% de cloro livre (2 pastilhas Presept de 2,5g por 2,5 litros de água);

Presept - (grânulos)

Superfícies:

- ♦ Quando ocorrem salpicos ou derramamentos de fluidos orgânicos (com excepção de urina);
- ♦ Circunscrever e polvilhar toda a área a descontaminar, retirando, após pelo menos 2 minutos de actuação do produto;
- ♦ Lavar em seguida com água e detergente;

10. DESINFESTAÇÃO:

Os infestantes no meio ambiente podem constituir um risco de infecção. Logo que sejam detectados a existência de infestantes, este facto deve ser comunicado à Comissão de Controlo de Infecção, para que possam ser tomadas as medidas mais adequadas à sua irradicação.

11. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- WILSON, JEINNIE - *Controlo de Infecção na Prática Clínica*, 2ª Edição – Luso Ciência – Edições Técnicas, Científicas, Lda., capítulo XIII e XIV, página 321 a 361, 2003.
- NHS Estates, *National Standards of Cleanliness for the NHS*, 2001.
- INS – Ministério da Saúde, *Higienização do Ambiente nas Unidades de Saúde – Recomendações de Boa Prática*, páginas de 1 a 7, Lisboa.

Elaborado por: Comissão de Controlo da Infecção- ARSA,IP dos Centros de Saúde do Distrito de Évora	Carimbo:	Aprovado por:
Data: Setembro de 2007		Data:

Anexo IX – Horários dos Enfermeiros da UCSP durante o período de estágio



Exmo Senhor  
Director da Escola Superior de Enfermagem  
Instituto Politécnico de Portalegre  
Avenida de Santo António - Apartado 89  
7301 - 901 Portalegre

V. Ref. : 49/9.4. de 04/03/2011    NªRef : 00 4119    18/03/2011

**Assunto: Estágio de Mestrado**

Em conformidade com a solicitação constante no ofício supra-citado, serve o presente para informar V.Excia que, perante o parecer do Coordenador da Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados do Centro de Saúde de Estremoz, com o qual concordo, é autorizada a realização neste serviço, de Estágio de Mestrado na área de Gestão de Unidades de Saúde à Sra. Enf. Lídia Maria Parreira Conim.

Com os melhores cumprimentos

O Director Executivo

  
**Dr. José Manuel Evaristo**  
Director Executivo  
ACES Alentejo Central I

## ANEXO II - Grelha de Avaliação da Idoneidade Formativa dos Contextos de Prática Clínica de Enfermagem

Dimensões	Critérios	Indicadores	Validação	Evidências
<b>Quadro Referência para o Exercício Profissional de Enfermagem</b>	<b>Existência de um enquadramento conceptual de referência para o EPP</b>	Que o quadro de referência contemple os padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem: o enquadramento conceptual e os enunciados descritivos.		
		Que o quadro de referências plasme o Código Deontológico dos Enfermeiros.		
		Que o quadro seja enriquecido com o suporte de uma filosofia de cuidar associada a conceptualização de enfermagem.		
	<b>Existência de um Plano de Actividades de Enfermagem</b>	Participação dos enfermeiros do contexto de prática clínica na elaboração do plano de actividades.		
		Evidência de explicitação de intenções, metas e indicadores relativos a diagnósticos e/ou intervenções dos enfermeiros.		
		Relatórios de actividades disponíveis.		

Dimensões	Critérios	Indicadores	Validação	Evidências
<b>Sistema de Melhoria Contínua da Qualidade do Exercício Profissional dos Enfermeiros</b>	<b>Existência de dispositivos que permitam a implementação e monitorização dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem.</b>	Formação realizada a pelo menos 75% dos enfermeiros, relativa aos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem.		
		Evidência de designação de elemento dinamizador dos PQCE.		
		Em curso, pelo menos um projecto de melhoria dos cuidados de enfermagem.		
	<b>A existência de dispositivos que permitam uma análise regular das práticas e a correcção dos desvios, caso se verifiquem</b>	Existência de sistemas de registo de eventos-sentinela.		
		Existência de sistemas de avaliação da qualidade Institucional (Normas ISO; Joint Commission; King's Fund).		
		Existência de um responsável pela gestão do risco no contexto e de uma carta de risco clínico e ambiental.		

		Evidência de proactividade na gestão das reclamações associadas aos cuidados de enfermagem.		
	<b>Existência de procedimentos de segurança documentados e actualizados</b>	Controlo e monitorização de infecção associada aos cuidados de saúde.		
		Triagem de resíduos.		
		Manutenção preventiva (sistema eléctrico; água, saneamento, elevadores, estrutura do edifício).		
		Armazenamento de stocks		
		Existência de instalações adequadas à prática de cuidados de Enfermagem com qualidade e segurança (espaços, iluminação, limpeza, circuitos de lixo e sujos, ...).		



	<b>Evidência da adequação dos equipamentos e demais recursos materiais às necessidades para a prestação de cuidados de enfermagem</b>	Evidência da avaliação da qualidade dos produtos e sua adequação às necessidades dos serviços.		
		Evidência de manutenção e calibragem regular dos equipamentos		
		Existência de um sistema de gestão de stocks.		

Dimensões	CrITÉrios	Indicadores	Validação	Evidências
<b>Sistemas de Informação em Enfermagem; organizado em torno da sistematização do processo de tomada de decisão</b>	<b>A existência de um sistema de informação em enfermagem;</b>	- que incorpore sistematicamente, entre outros dados, os diagnósticos de enfermagem do cliente, as intervenções de enfermagem e os resultados sensíveis às intervenções de enfermagem obtidos pelo cliente.		
		- que explicita o processo de tomada de decisão.		
		- que utilize Linguagem classificada – CIPE.		
	<b>Sistemas de Informação em Enfermagem de acordo com as directrizes da OE para a sua certificação;</b>	- que respeitem os princípios básicos da arquitectura e principais requisitos técnico-funcionais.		
		- que incorporem o resumo mínimo de dados e Core de indicadores de enfermagem para o repositório central de dados de saúde (na versão mais actualizada).		

<b>Dimensões</b>	<b>Critérios</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Validação</b>	<b>Evidências</b>
<b>Satisfação profissional dos Enfermeiros</b>	<b>Existência de dispositivos que avaliem regularmente a satisfação dos enfermeiros</b>	Estabelecida forma regular de avaliação da satisfação dos enfermeiros.		
		Evidência de elevados níveis de satisfação dos enfermeiros.		
	<b>Evidência da valorização dos resultados de satisfação dos enfermeiros</b>	Evidência de medidas ou estratégias resultantes da avaliação para efeitos de gestão da qualidade/gestão de Recursos Humanos.		

Dimensões	Critérios	Indicadores	Validação	Evidências
<b>Dotações seguras em Enfermagem</b>	<b>Adequação do número de enfermeiros às necessidades de cuidados de enfermagem;</b>	Utilização de instrumentos de avaliação das necessidades em cuidados de enfermagem.		
		Adequação do número de enfermeiros em função dos resultados da avaliação das necessidades em cuidados de enfermagem.		
	<b>Evidência de estabilidade na equipa de enfermagem</b>	Índice de rotatividade anual inferior a 15%.		
	<b>Escalas de trabalho adequadas</b>	Existência de um modelo de organização de escalas de trabalho que cumpra as disposições legais.		
	<b>Ter recursos humanos para PTE</b>	Ter pelo menos 2 supervisores clínicos certificados pela OE.		
		Respeito pelo rácio supervisando /número de enfermeiros do Contexto de Prática Clínica.		

Dimensões	Critérios	Indicadores	Validação	Evidências
Política de Formação Contínua de Enfermeiros	A existência de uma política e práticas de formação contínua, promotoras do desenvolvimento profissional e da qualidade	Existência de enfermeiro responsável pela coordenação da formação em Serviço.		
		Existência de um Plano Anual de Formação que vá ao encontro das necessidades identificadas pelos enfermeiros.		
		Existência de Relatório de formação, que contemple avaliação da formação e do impacto dos seus resultados.		
		Existência de critérios explícitos para a selecção de enfermeiros enquanto formadores (interna e externamente) e enquanto formandos (interna e externamente).		
		Evidência de participação de enfermeiros do serviço em projectos/ grupos de trabalho pertinentes para o contexto e/ou para a enfermagem .		
		Existência de dispositivos de formação promotores de prática reflexiva regulares e sistemáticos: “análise das práticas”; “estudos de		

		caso”; “Supervisão Clínica”.		
		Evidência de que os supervisores clínicos estão inseridos na bolsa de supervisores regional e envolvidos nos processos de formação contínua de supervisores.		
<b>Dimensões</b>	<b>Critérios</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Validação</b>	<b>Evidências</b>
	<b>Existências de meios e recursos adequados ao desenvolvimento da formação contínua e em serviço</b>	Existência de recursos de suporte informativo e pedagógico de apoio aos enfermeiros (ex: acesso à internet; biblioteca; estudos relevantes e actuais).		
		Evidência de parcerias para a formação e investigação em enfermagem.		
		Existência de Planos de Integração de Enfermeiros no Serviço.		

<b>Metodologias de Organização de Cuidados de Enfermagem</b>	<b>Evidência de utilização de metodologias de organização de cuidados de enfermagem promotora de qualidade</b>	Evidencia de metodologias de organização de cuidados de enfermagem baseadas na evidencia cientifica e tendo por referencia os enunciados descritivos dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem.		
		Opção por método(s) de organização do trabalho que assegurem uma prestação de cuidados global e segura.		
		Que o método de organização do trabalho permita a proximidade e a relação de cooperação entre supervisor e supervisando.		

## CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

	<b>Dezembro 2010</b>	<b>Janeiro 2011</b>	<b>Fevereiro a Junho 2011</b>	<b>Julho a Novembro 2011</b>	<b>Dezembro 2011</b>	<b>Janeiro a Maio 2012</b>	<b>Junho 2012</b>
<b>Entrega de Trabalho Projecto</b>							
<b>Autorização para realização de estágio</b>							
<b>Colheita de dados</b>							
<b>Análise dos dados</b>							
<b>Redacção e críticas</b>							
<b>Redacção Final</b>							
<b>Entrega do relatório final</b>							



Questionário de caracterização biográfica e socio/profissional do grupo de enfermagem da UCSP

	Género	Idade	Estado civil	Tempo de Serviço na Instituição	Curso Base	Formação Adicional	Categoria Profissional	Vínculo	T.E.P. <sup>1</sup>
E1									
E2									
E3									
E4									
E5									
E6									
E7									
E8									
E9									

T.E.P.<sup>1</sup> Tempo de Exercício Profissional

 <p>COMISSÃO DE CONTROLO DA INFECÇÃO-ARSA, IP DOS CENTROS DE SAÚDE DO DISTRITO DE ÉVORA</p> <p>ARS Alentejo Administração Regional de Saúde do Alentejo, IP</p> <p>Ministério da Saúde</p>	<h1>RECOMENDAÇÕES DE BOA PRÁTICA</h1>		
	<h2>Higienização das Mãos nas Unidades de Saúde</h2>		
Ficha: 2	Revisão:	Data: Setembro de 2007	Folhas: 1 de 11

### 1. OBJECTIVO:

- Divulgar conceitos e técnicas relacionados com a higienização das mãos;
- Uniformizar os diferentes tipos de procedimentos para a higienização das mãos;

### 2. ÂMBITO:

Serviços hoteleiros, serviço de limpeza e profissionais dos centros de saúde do distrito de Évora.

### 3. CONCEITOS:

A **higiene/lavagem** das mãos é uma designação abrangente e refere-se aos procedimentos destinados a remover os microorganismos das mãos, quer através da lavagem com água e sabão, quer através da desinfecção das mãos – anti-sepsia das mãos - por aplicação de soluções anti sépticas.

- ♦ Flora transitória ou contaminante: os microorganismos transitórios adquirem-se pelo contacto com materiais ou pessoas contaminados e não sobrevivem indefinidamente nas mãos (mas podem viver o suficiente para serem transferidos directa ou indirectamente para os utentes/doentes). Podem assim ser a causa de infecção, agravando-se esta nos casos de doentes críticos. Os microorganismos transitórios estão presentes habitualmente em baixo número na superfície da pele, não se multiplicando nela. A remoção destes microorganismos é essencial para a prevenção de infecções cruzadas. Até há pouco tempo, considerava-se que, para a remoção da flora transitória, era suficiente a lavagem com água e sabão. Contudo, estudos efectuados para avaliar a eficácia do sabão e diversos produtos anti-sépticos na remoção de agentes transitórios multiresistentes e de vírus concluíram que, a água e o sabão, nem sempre são suficientes para remover alguns vírus e bactérias, como por exemplo Enterococos, Enterobacter, Klebsiella, Cândida Albicans, entre outros.
- ♦ Flora residente ou permanente: os microorganismos residentes habitam nas camadas profundas da pele sendo o seu número relativamente constante em cada pessoa. Multiplicam-se na pele e desempenham um papel importante na sua protecção durante a invasão de outras espécies prejudiciais. Não é possível nem desejável a sua eliminação total, mas pode ser necessária a sua redução através da aplicação de anti-sépticos (em procedimentos invasivos como intervenções cirúrgicas, actos cirúrgicos como colocação de cateteres centrais, etc.).
- ♦ Assepsia: conjunto de medidas que têm por objectivo impedir o aporte exógeno de microorganismos.

Elaborado por: Comissão de Controlo da Infecção-ARSA, IP dos Centros de Saúde do Distrito de Évora	Carimbo:	Aprovado por:
Data: Setembro de 2007		Data:

		<b>RECOMENDAÇÕES DE BOA PRÁTICA</b>	
Ficha: <b>2</b>		Higienização das Mãos nas Unidades de Saúde	
Revisão:		Data: <b>Setembro de 2007</b>	Folhas: 2 de 11

- ♦ Anti-sepsia: aplicação de medidas físicas ou químicas para a destruição sistemática de microorganismos patogénicos nos tecidos vivos. Trata-se de um procedimento de efeito momentâneo e limitado aos microorganismos presentes no momento do procedimento.
- ♦ Lavagem das mãos: refere-se à acção da água e do sabão com pH compatível com a pele, não anti-microbiano e com emoliente, para remoção da sujidade e flora transitória.
- ♦ Desinfecção higiénica/lavagem asséptica ou anti-sepsia das mãos: refere-se à acção de qualquer solução anti-séptica. Pode ser uma desinfecção das mãos sem água e consiste em friccionar toda a área das mãos com pequenas quantidades (2 – 3 ml) de uma solução anti-séptica de base alcoólica para redução da flora. Pode também ser a conjugação da utilização de água e sabão, seguido da aplicação de solução anti-séptica de base alcoólica como é o caso da desinfecção cirúrgica.
- ♦ Desinfecção cirúrgica das mãos: procedimento para tratamento pré operatório das mãos que implica a aplicação de um produto bactericida dirigido contra a flora das mãos a fim de evitar a transmissão de microorganismos para a ferida cirúrgica.
- ♦ Mãos visivelmente sujas: mãos que apresentam sujidade visível (pó das luvas etc.) ou contaminação visível com matéria orgânica (sangue, urina, fezes).
- ♦ Sabão anti-microbiano: sabão (detergente) apropriado para a higiene (mãos/pele), contendo na sua composição um componente anti-séptico.
- ♦ Agente anti-séptico: substância anti microbiana aplicada à pele e mucosas e que reduz a flora microbiana da mesma. Ex.: clorhexidina, iodóforos, compostos de amónio quaternário, etc.,.
- ♦ Solução anti-séptica alcoólica: uma fórmula com efeito anti-séptico contendo álcool na sua composição, normalmente incolor, com o objectivo de reduzir o número de microorganismos presentes nas mãos. Contêm normalmente, 60/70% de etanol ou isopropanol e têm emoliente da pele ou dermoprotector. Mas também podem ser soluções apropriadas para assepsia do local cirúrgico, da pele antes de inserir cateter, antes de punção, antes de colheita de sangue e antes de administrar injectáveis, etc. As soluções para assepsia de local cirúrgico são habitualmente coradas, para delimitação da área a incidir e não contêm dermoprotector.
- ♦ Actividade persistente ou acção residual: actividade anti-microbiana prolongada que previne ou inibe a proliferação ou sobrevivência dos microorganismos após a aplicação do produto. Esta actividade pode ser demonstrada colhendo amostras duma área da pele após alguns minutos ou horas após a aplicação e demonstrando o efeito anti-microbiano quando comparado com os valores de referência. Esta capacidade também é denominada de “acção residual”.

Elaborado por: Comissão de Controlo da Infecção-ARSA, IP dos Centros de Saúde do Distrito de Évora	Carimbo:	Aprovado por:
Data: Setembro de 2007		Data:

 <p>COMISSÃO DE CONTROLO DA INFECÇÃO-ARSA, IP DOS CENTROS DE SAÚDE DO DISTRITO DE ÉVORA</p> <p>Administração Regional de Saúde do Alentejo, IP</p> <p>Ministério da Saúde</p>		<h1>RECOMENDAÇÕES DE BOA PRÁTICA</h1>	
<h2>Higienização das Mãos nas Unidades de Saúde</h2>			
Ficha: 2	Revisão:	Data: Setembro de 2007	Folhas: 3 de 11

- ♦ Lavagem social das mãos: é um processo vigoroso e breve de limpeza, por acção mecânica, de todas as superfícies das mãos. Refere-se à lavagem das mãos com um sabão simples e água, não existindo acção anti microbiana relevante.
- ♦ Lavagem higiénica das mãos: lavagem com sabão líquido anti-microbiano e água (conforme definido na EN 1499).
- ♦ Desinfecção higiénica das mãos: descontaminação das mãos por fricção com preparações alcoólicas. Este método só pode ser utilizado se as mãos não estiverem visivelmente sujas (conforme definido na EN 1500).
- ♦ Desinfecção cirúrgica das mãos: fricção ou lavagem com eliminação imediata substancial dos microrganismos transitórios e destruição dos residentes, com anti-séptico de acção residual (conforme definido na EN 12791).

#### 4. PROCEDIMENTOS:

##### 4.1. Desinfecção Higiénica ou Lavagem Asséptica das mãos

MÉTODO	AGENTE DE LIMPEZA/DURAÇÃO	OBJECTIVOS	INDICAÇÕES
Desinfecção Higiénica ou Lavagem Asséptica das mãos	<p>Mãos isentas de sujidade e/ou matéria orgânica: solução anti-séptica alcoólica com dermoprotector (15 a 30 segundos)</p> <p>Mãos visivelmente sujas: água e sabão líquido sem anti-séptico (30 a 60 segundos), seguido de fricção com solução anti séptica alcoólica</p>	<p>Eliminar os microorganismos transitórios e reduzir os microorganismos residentes</p>	<p><b>Antes e depois</b> de prestar cuidados a doentes em isolamento;</p> <p><b>Antes</b> de cuidar de doentes imunodeprimidos;</p> <p><b>Antes</b> de procedimentos invasivos;</p> <p><b>Antes</b> de procedimentos assépticos, na prestação de cuidados a doentes com estirpes multiresistentes</p>

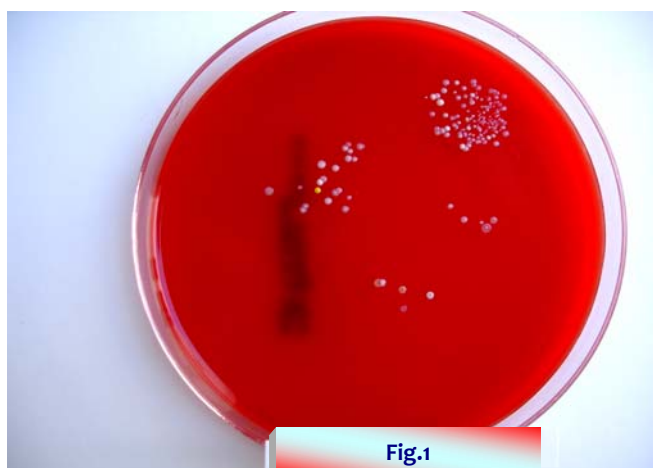
Elaborado por: Comissão de Controlo da Infecção-ARSA, IP dos Centros de Saúde do Distrito de Évora	Carimbo:	Aprovado por:
Data: Setembro de 2007		Data:

 <p>COMISSÃO DE CONTROLO DA INFECÇÃO-ARSA, IP DOS CENTROS DE SAÚDE DO DISTRITO DE ÉVORA</p> <p>arsalentejo Administração Regional de Saúde do Alentejo, IP</p> <p>Ministério da Saúde</p>		<h1>RECOMENDAÇÕES DE BOA PRÁTICA</h1>	
<h2>Higienização das Mãos nas Unidades de Saúde</h2>		Ficha: 2	Revisão:
Data: Setembro de 2007	Folhas: 4 de 11		

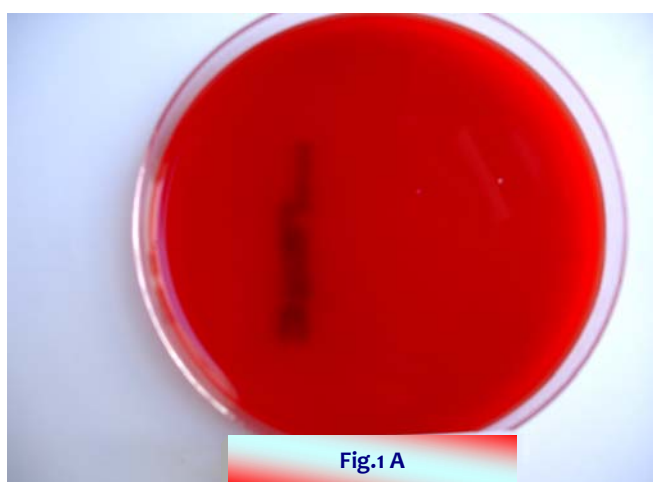
A desinfecção alcoólica das mãos constitui um dos métodos mais eficazes na eliminação da flora microbiana transitória que existe nas mãos dos profissionais de saúde. Assim sendo, é um procedimento indispensável na prevenção de infecções cruzadas e consequentemente no controlo de infecção. Durante a acção de formação promovida pela CCI, em Junho de 2007, foram feitas colheitas por forma, a verificar os resultados, consoante seja utilizada a desinfecção alcoólica ou a lavagem higiénica das mãos com água e sabão

As imagens que se seguem, são o resultado das colheitas efectuadas antes e depois, de se ter realizado a desinfecção alcoólica das mãos:

### ANTES...



### DEPOIS...

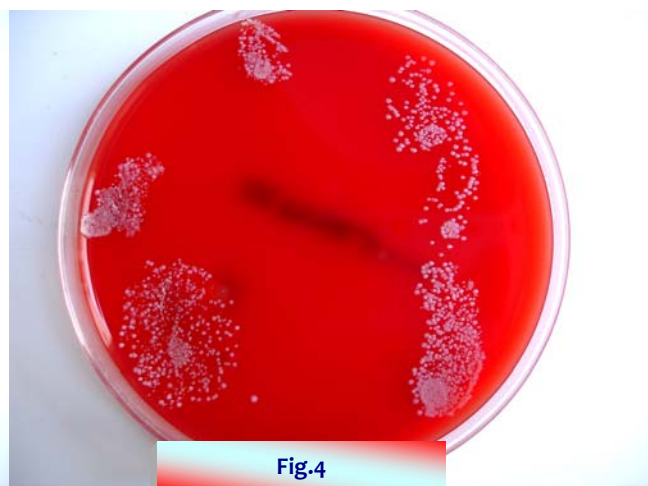
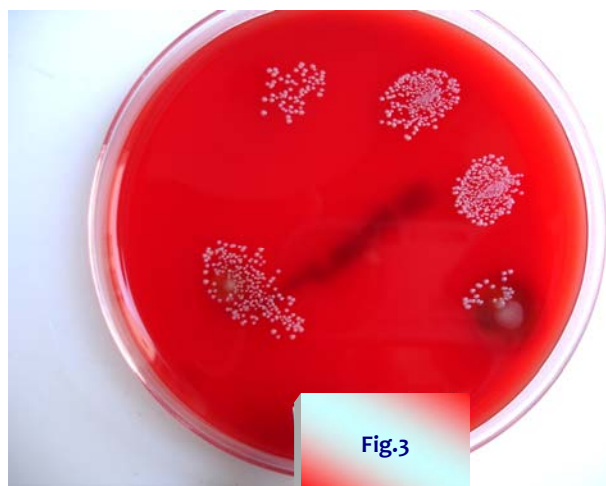


Elaborado por: Comissão de Controlo da Infecção-ARSA, IP dos Centros de Saúde do Distrito de Évora	Carimbo:	Aprovado por:
Data: Setembro de 2007		Data:

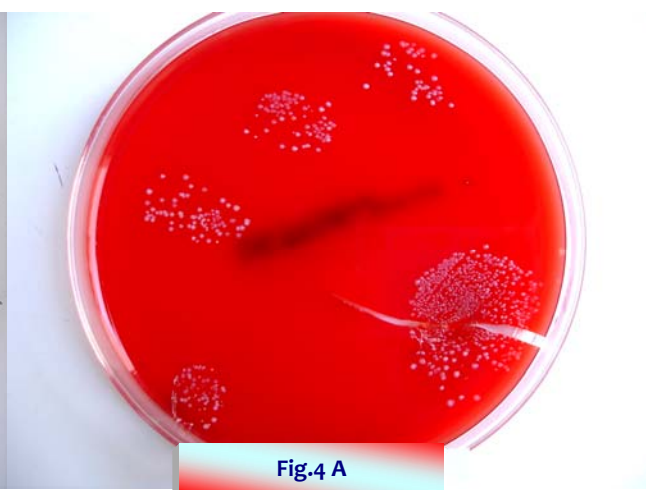
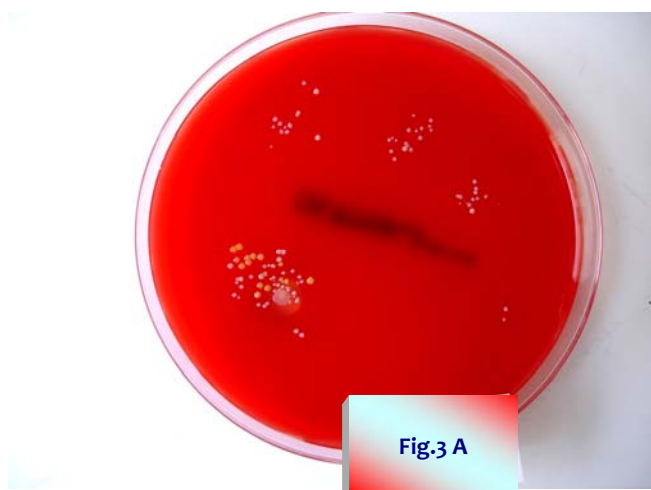
 <p>COMISSÃO DE CONTROLO DA INFECÇÃO-ARSA, IP DOS CENTROS DE SAÚDE DO DISTRITO DE ÉVORA</p> <p>arsalentejo Administração Regional de Saúde do Alentejo, IP</p>  <p>Ministério da Saúde</p>		<h1>RECOMENDAÇÕES DE BOA PRÁTICA</h1>	
		<h2>Higienização das Mãos nas Unidades de Saúde</h2>	
Ficha: 2	Revisão:	Data: Setembro de 2007	Folhas: 5 de 11

As imagens que se seguem, são o resultado das colheitas efectuadas antes e depois de se ter realizado a lavagem higiénica das mãos com água e sabão:

### ANTES...



### DEPOIS...



Como podemos verificar, a utilização correcta da solução alcoólica na higienização das mãos é eficaz, na inactivação dos microorganismos e superior à lavagem higiénica, que, por sua vez só reduz o seu número.

Elaborado por: Comissão de Controlo da Infecção-ARSA,IP dos Centros de Saúde do Distrito de Évora	Carimbo:	Aprovado por:
Data: Setembro de 2007		Data:



 <p> <a href="#">COMISSÃO DE CONTROLO DA INFECÇÃO-ARSA, IP</a>  <a href="#">DOS CENTROS DE SAÚDE DO DISTRITO DE ÉVORA</a> </p> <p> <small>Administração Regional de Saúde do Alentejo, IP</small>      <small>Ministério da Saúde</small> </p>		<h1>RECOMENDAÇÕES DE BOA PRÁTICA</h1>	
		<h2>Higienização das Mãos nas Unidades de Saúde</h2>	
Ficha: 2	Revisão:	Data: <b>Setembro de 2007</b>	Folhas: 6 de 11

Sabemos que alguns dos nossos centros de saúde, possuidores de uma estrutura secular, têm problemas comuns, como por exemplo a falta de lavatórios.

No distrito de Évora, nos centros de saúde, surgem como principais vantagens da utilização, da solução desinfectante alcoólica:

- ♦ Motivar os profissionais para a higienização das mãos;
- ♦ Evitar as dermatites de contacto, subsequentes à utilização sistemática de água e sabão;
- ♦ Tornar o processo de higienização das mãos menos demorado
- ♦ Obviar o problema da falta de lavatórios em quantidade e em locais estratégicos
- ♦ Constituir uma alternativa à lavagem das mãos, sempre que estas se encontrem visivelmente limpas

Para a desinfecção alcoólica das mãos, temos disponível um produto anti-séptico, com a seguinte composição:

- |  |   |                          |
|--|---|--------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Álcool isopropílico + Etanol</li> <li>• Emoliente (para protecção da pele)</li> </ul> | } | <a href="#">PROMANUM</a> |
|--|---|--------------------------|

Para fazer uma desinfecção higiénica das mãos/lavagem asséptica das mãos, deve ter os seguintes procedimentos (demora cerca de 15 a 30 segundos):

- 1º - Se as mãos estiverem visivelmente sujas, é necessária uma lavagem higiénica prévia das mesmas, de acordo com as orientações fornecidas pela CCI;
- 2º - Aplicar numa das mãos, uma dose da solução alcoólica, pressionando uma vez o doseador;
- 3º - Friccionar a palma das mãos;
- 4º - Prosseguir friccionando as costas das mãos;
- 5º - Não esquecer as pontas dos dedos, friccionando-as, sobre a palma da mão;
- 6º - Não esquecer os espaços interdigitais e os polegares;
- 7º - O processo está completo, quando tiverem sido abrangidas todas as áreas e a solução se tiver evaporado por completo, ficando as mãos secas;

Elaborado por: Comissão de Controlo da Infecção-ARSA, IP dos Centros de Saúde do Distrito de Évora	Carimbo:	Aprovado por:
Data: Setembro de 2007		Data:

 <p>COMISSÃO DE CONTROLO DA INFECÇÃO-ARSA, IP DOS CENTROS DE SAÚDE DO DISTRITO DE ÉVORA</p> <p>arsalentejo Administração Regional de Saúde do Alentejo, IP</p> <p>Ministério da Saúde</p>		<h1>RECOMENDAÇÕES DE BOA PRÁTICA</h1>	
		<h2>Higienização das Mãos nas Unidades de Saúde</h2>	
Ficha: 2	Revisão:	Data: Setembro de 2007	Folhas: 7 de 11

### 4.2. Lavagem higiénica das mãos

MÉTODO	AGENTE DE LIMPEZA/DURAÇÃO	OBJECTIVOS	INDICAÇÕES
<p><b>Lavagem higiénica das mãos</b></p>	<p><b>Água e sabão líquido sem anti-séptico (30 a 60 segundos)</b></p>	<p><b>Manter as mãos limpas e remover os microorganismos transitórios</b></p>	<p>Ao <b>iniciar</b> e <b>terminar</b> o dia de trabalho</p> <p><b>Antes</b> e <b>depois</b> de prestar cuidados</p> <p><b>Antes</b> de comer, manusear alimentos ou preparar medicação</p> <p><b>Depois</b> de ir à casa de banho</p> <p><b>Depois</b> do contacto com fluidos corporais e matéria orgânica</p> <p><b>Depois</b> do contacto com roupa ou equipamento contaminados</p> <p><b>Depois</b> de remover as luvas</p>

Os locais das mãos que estão mais colonizados e onde os cuidados com a lavagem devem ser maiores são:

- ♦ Unhas;
- ♦ Zonas interdigitais;
- ♦ Punhos;
- ♦ Palmas das mãos;

Elaborado por: Comissão de Controlo da Infecção-ARSA, IP dos Centros de Saúde do Distrito de Évora	Carimbo:	Aprovado por:
Data: Setembro de 2007		Data:



 <p>COMISSÃO DE CONTROLO DA INFECÇÃO-ARSA, IP DOS CENTROS DE SAÚDE DO DISTRITO DE ÉVORA</p> <p>Administração Regional de Saúde do Alentejo, IP</p> <p>Ministério da Saúde</p>		<h1>RECOMENDAÇÕES DE BOA PRÁTICA</h1>	
		<h2>Higienização das Mãos nas Unidades de Saúde</h2>	
Ficha: 2	Revisão:	Data: Setembro de 2007	Folhas: 8 de 11

Recomenda-se como boa prática:

- ♦ Retirar todos os objectos de adorno;
- ♦ Evitar o uso de vernizes muito coloridos, limitam a visualização da sujidade debaixo das unhas;
- ♦ Usar unhas curtas e mantê-las limpas;

Para fazer uma lavagem higiénica das mãos, deve ter os seguintes procedimentos:

- 1º - Lavar com água e sabão com pH neutro (**SOFTASKIN**);
- 2º - Durante 30 segundos;
- 3º - Passar por água;
- 4º - Secar com toalha de papel;
- 5º - Se a torneira for de mecanismo manual, fechar com toalhete, a fim de não recontaminar as mãos;

#### 4.3. Desinfecção cirúrgica das mãos

MÉTODO	AGENTE DE LIMPEZA/DURAÇÃO	OBJECTIVOS	INDICAÇÕES
Desinfecção cirúrgica das mãos	<p>Água e solução aquosa anti-séptica (3 a 5 minutos)</p> <p><b>Ou</b></p> <p>Lavagem com água e sabão (3 a 5 minutos), secagem das mãos com toalhete e fricção com solução alcoólica</p>	<p>Eliminar os microorganismos transitórios, e, destruir os microorganismos residentes, das camadas mais profundas da pele</p>	<p><b>Antes</b> de intervenções cirúrgicas</p> <p><b>Antes</b> de actos cirúrgicos</p>

O produto anti-séptico utilizado, tem a seguinte composição:

- ♦ Digluconato de clorohexidina e detergente - **LIFO-SCRUB**

Elaborado por: Comissão de Controlo da Infecção-ARSA, IP dos Centros de Saúde do Distrito de Évora	Carimbo:	Aprovado por:
Data: Setembro de 2007		Data:

 <p>COMISSÃO DE CONTROLO DA INFECÇÃO-ARSA, IP DOS CENTROS DE SAÚDE DO DISTRITO DE ÉVORA</p> <p>Administração Regional de Saúde do Alentejo, IP</p> <p>Ministério da Saúde</p>		<h1>RECOMENDAÇÕES DE BOA PRÁTICA</h1>	
<h2>Higienização das Mãos nas Unidades de Saúde</h2>			
Ficha: 2	Revisão:	Data: Setembro de 2007	Folhas: 9 de 11

Para fazer uma lavagem cirúrgica das mãos, deve ter os seguintes procedimentos:

- 1º - Abrir a torneira;
- 2º - Aplicar a quantidade suficiente de solução anti-séptica cobrindo todas as superfícies das mãos, e antebraços e friccionar (**LIFO-SCRUB**):
  - ♦ As mãos devem permanecer, num plano mais elevado que os cotovelos;
  - ♦ A desinfecção deve ser feita, no sentido proximal/distal (na primeira passagem iniciar a lavagem acima do cotovelo e na segunda abaixo do cotovelo);
  - ♦ Os dedos, mãos e antebraços devem ser vistos como tendo quatro lados e em cada um dos lados deve ser friccionado;
- 3º - Escovar os espaços sub-ungueais debaixo de água corrente:
  - ♦ A escovagem deve ser feita, apenas e unicamente na primeira desinfecção do dia;
- 4º - Enxaguar em água corrente;
- 5º - Fazer nova aplicação de solução anti-séptica repetindo o processo anterior (sem a escovagem);
- 6º - Secar bem as mãos e antebraços, com toalhetes descartáveis esterilizados:
  - ♦ A secagem é feita no sentido distal/proximal, usando para cada membro, um lado diferente do toalhete, ou para cada membro, um toalhete;

## 5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- WILSON, JEINNIE - Controlo de Infecção na Prática Clínica, 2ª Edição – Luso Ciência – Edições Técnicas, Científicas, Lda., capítulo IV e VII, página 133 a 185, 2003.
- INS – Ministério da Saúde - Recomendações para Higienização das Mãos nas Unidades de Saúde (PNCI), páginas de 1 a 9, Lisboa.
- STOP HOSPITAL INFECTIONS - La informacion pública animará a los hospitales a mejorar sus prácticas de prevenir infecciones, artigo de 4 de Maio de 2007.
- CCI DA SUB-REGIÃO DE SAÚDE DE BEJA – Orientações para boas práticas, página 48 a 54, Beja, 2003.

Elaborado por: Comissão de Controlo da Infecção-ARSA, IP dos Centros de Saúde do Distrito de Évora	Carimbo:	Aprovado por:
Data: Setembro de 2007		Data:

 <p> <a href="#">COMISSÃO DE CONTROLO DA INFECÇÃO-ARSA, IP</a>  <a href="#">DOS CENTROS DE SAÚDE DO DISTRITO DE ÉVORA</a> </p> <p> <small>ARS alentejo</small>  <small>Administração Regional de Saúde do Alentejo, IP</small> </p>  <p><small>Ministério da Saúde</small></p>		<h1>RECOMENDAÇÕES DE BOA PRÁTICA</h1>	
		<h2>Higienização das Mãos nas Unidades de Saúde</h2>	
Ficha: <b>2</b>	Revisão:	Data: <b>Setembro de 2007</b>	Folhas: 10 de 11

## ANEXO

### “TÉCNICA PARA LAVAGEM DAS MÃOS”

Elaborado por: Comissão de Controlo da Infecção-ARSA, IP dos Centros de Saúde do Distrito de Évora	Carimbo:	Aprovado por:
Data: Setembro de 2007		Data:

 <p> <a href="#">COMISSÃO DE CONTROLO DA INFECÇÃO-ARSA, IP</a>  <a href="#">DOS CENTROS DE SAÚDE DO DISTRITO DE ÉVORA</a> </p> <p> <small>Administração Regional de Saúde do Alentejo, IP</small> <small>Ministério da Saúde</small> </p>			<h1>RECOMENDAÇÕES DE BOA PRÁTICA</h1>	
			<h2>Higienização das Mãos nas Unidades de Saúde</h2>	
Ficha: 2	Revisão:	Data: Setembro de 2007	Folhas: 11 de 11	

### Palma com palma



### Friccionar com a ponta dos dedos toda a área da palma da mão (polpas)



### Palma sobre o dorso da mão



### Rotação do espaço interdigital com o polegar



### Palma com palma com dedos interligados (espaços interdigitais)



### Face anterior dos dedos com palma das mãos



Elaborado por: Comissão de Controlo da Infecção-ARSA, IP dos Centros de Saúde do Distrito de Évora	Carimbo:	Aprovado por:
Data: Setembro de 2007		Data:

		<b>RECOMENDAÇÕES DE BOA PRÁTICA</b>	
<b>Descontaminação de Materiais e Equipamentos</b>			
Ficha: <b>3</b>	Revisão:	Data: <b>Setembro de 2007</b>	Folhas: 1 de 16

### 1. OBJECTIVO:

- Divulgar os conceitos e princípios de descontaminação de materiais e equipamentos;
- Uniformizar procedimentos, na descontaminação de materiais e equipamentos;

### 2. CONCEITOS:

- Anti-sépticos: agentes químicos que destroem ou inibem o crescimento microbiano nos tecidos vivos. Utilizam-se para descontaminar pele e mucosas;
- Desinfectantes: Agentes químicos que destroem microorganismos nos objectos inanimados. Utilizam-se na descontaminação de materiais, equipamentos e superfícies;
- Material contaminado: material que tenha sido usado, exposto a uma situação clínica e esteja poluído com matéria orgânica, microorganismos ou outras substâncias inorgânicas indesejáveis como: pó, resíduos químicos, material radioactivo,...;

### 3. ESCOLHA DO MÉTODO DE DESCONTAMINAÇÃO:

Na escolha do método de descontaminação de materiais e equipamentos deverão ser considerados os níveis críticos ou de risco destes em relação à sua aplicação no utente / doente, considerando-se três categorias:

- 1º - Alto risco ou crítico: Todo o material que penetra nos tecidos sub-epiteliais, no sistema vascular e noutros órgãos internos, por exemplo:
- Agulhas;
  - Instrumentos cirúrgicos;
- 2º - Médio risco ou semicrítico: Todo o material que entra em contacto com membranas mucosas ou pele não íntegra, por exemplo:
- Endoscópios;
  - Laringoscópios;

Elaborado por: Comissão de Controlo da Infecção-ARSA, IP dos Centros de Saúde do Distrito de Évora	Carimbo:	Aprovado por:
Data: Setembro de 2007		Data:

 <p>COMISSÃO DE CONTROLO DA INFECÇÃO-ARSA, IP DOS CENTROS DE SAÚDE DO DISTRITO DE ÉVORA</p> <p>Administração Regional de Saúde do Alentejo, IP</p> <p>Ministério da Saúde</p>	<p>RECOMENDAÇÕES DE BOA PRÁTICA</p>	
	<p>Descontaminação de Materiais e Equipamentos</p>	
<p>Ficha: 3</p>	<p>Revisão:</p>	<p>Data: Setembro de 2007</p>
		<p>Folhas: 2 de 16</p>

3º - Baixo risco ou não crítico: Todo o material que entra em contacto com pele íntegra e ainda o que não entra em contacto directo com o utente/doente, por exemplo:

- Mobiliário;
- Utensílios de cozinha e refeição;
- Esfigmomanómetros, estetoscópios, otoscópio, colchões, roupa, etc;

Escolha do método:

Método	Nível de risco do material/Equipamento
Esterilização	Alto risco ou crítico
Desinfecção	Médio risco ou semicrítico
Limpeza	Baixo risco ou não crítico

#### 4. RECOLHA E LAVAGEM MANUAL DE DISPOSITIVOS MÉDICOS:

##### 4.1. Recolha de dispositivos médicos contaminados:

Os primeiros passos para um tratamento correcto do material começam nos locais de utilização:

- A recolha de DM contaminados deve ser efectuada por profissionais treinados para o efeito;
- Retirar todos os resíduos e dispositivos médicos de uso único separando-os consoante as regras de triagem em vigor;
- Separar os DM corto-perfurantes dos outros DM e colocá-los em contentores apropriados. Estes contentores devem ser devidamente rotulados;
- Logo após a utilização de dispositivos médicos, quando se visualiza matéria orgânica, esta deve ser retirada utilizando um toalhete humedecido;
- Os DM devem seguir o mais rapidamente possível para pré-lavagem;

<p>Elaborado por: Comissão de Controlo da Infecção-ARSA, IP dos Centros de Saúde do Distrito de Évora</p>	<p>Carimbo:</p>	<p>Aprovado por:</p>
<p>Data: Setembro de 2007</p>		<p>Data:</p>

 <p>COMISSÃO DE CONTROLO DA INFECÇÃO-ARSA, IP DOS CENTROS DE SAÚDE DO DISTRITO DE ÉVORA</p> <p>Administração Regional de Saúde do Alentejo, IP</p> <p>Ministério da Saúde</p>	<p>RECOMENDAÇÕES DE BOA PRÁTICA</p>	
	<p>Descontaminação de Materiais e Equipamentos</p>	
<p>Ficha: 3</p>	<p>Revisão:</p>	<p>Data: Setembro de 2007</p> <p>Folhas: 3 de 16</p>

- Os DM devem ser mantidos a seco se o processo de pré-lavagem vier a ocorrer nas 6 horas seguintes;
- O detergente desincrustante não deve ter efeito fixador de proteínas;
- Os contentores devem ser mantidos fechados para evitar secagem excessiva dos DM mantidos a seco;

#### 4.1.1. Transporte de dispositivos médicos contaminados:

- O transporte de DM contaminados deve ser efectuada por profissionais treinados para o efeito;
- Os dispositivos devem ser transportados em contentor fechado e a seco;
- Nos casos em que se encontram nos serviços em solução com desincrustante, esta solução deve ser eliminada antes de se proceder ao seu transporte;
- O transporte de DM contaminados deve ser efectuado nos contentores de recolha (encerramento hermético);
- Devem ser escolhidos os circuitos, dos serviços utilizadores para o serviço de esterilização, que impliquem menor distância e menor risco de contaminação;
- No transporte de DM contaminados das unidades de saúde rurais/visitas domiciliárias para o serviço de esterilização do Centro de Saúde em veículo automóvel, os contentores devem ser colocados fora da zona dos passageiros, em condições de estabilidade de forma a não possibilitar deslocamentos indesejados. Estes contentores devem ser higienizados diariamente;
- Para o transporte de instrumentos de inox (pinças, porta-agulhas, etc.) estes devem ser envolvidos em película protectora (filme de álcool de polyvinil). Esta, para além de ter um efeito protector, impede que seque a matéria orgânica existente nos DM;

#### 4.1.2. Protecção dos profissionais:

<p>Elaborado por: Comissão de Controlo da Infecção-ARSA, IP dos Centros de Saúde do Distrito de Évora</p>	<p>Carimbo:</p>	<p>Aprovado por:</p>
<p>Data: Setembro de 2007</p>		<p>Data:</p>

 <p>COMISSÃO DE CONTROLO DA INFECÇÃO-ARSA, IP DOS CENTROS DE SAÚDE DO DISTRITO DE ÉVORA</p> <p>ARS Alentejo Administração Regional de Saúde do Alentejo, IP</p> <p>Ministério da Saúde</p>	<p>RECOMENDAÇÕES DE BOA PRÁTICA</p>	
	<p>Descontaminação de Materiais e Equipamentos</p>	
<p>Ficha: 3</p>	<p>Revisão:</p>	<p>Data: Setembro de 2007</p>
<p>Folhas: 4 de 16</p>		

- Os profissionais devem usar, na recolha e transporte de DM contaminados, equipamento de protecção pessoal (**luvas e avental**) o qual, após utilização deve ser retirado e colocado no contentor – Grupo III (saco branco);

#### 4.1.3. Tratamento de contentores de transporte de Dispositivos Médicos contaminados:

- As malas de recolha e transporte de DM contaminados devem ser lavados imediatamente após a sua utilização com **água e detergente** e bem **secos**;

#### 4.2. LAVAGEM MANUAL DE DISPOSITIVOS MÉDICOS:

##### 4.2.1. Técnica de pré-lavagem

O objectivo da pré-lavagem não é a inactivação dos microorganismos presentes mas sim o arrastamento dos mesmos, evitando também a secagem da matéria orgânica sobre a superfície dos instrumentos. A presença destas matérias inibe o contacto do desinfectante ou esterilizante com as células microbianas e interfere na sua eficácia. Também assim se previne a corrosão e o desgaste que pode ocorrer, por reacções químicas que surgem se houver contacto prolongado entre a superfície do instrumento e as diferentes substâncias aderentes.

Esta fase deverá ter lugar em local próprio para o efeito.

- Os dispositivos médicos que têm indicação para serem imersos, devem ser mergulhados totalmente em água e detergente, seguindo as indicações do fabricante quanto à diluição, temperatura e tempo de imersão. Após cumprido o tempo de imersão, devem ser escovados debaixo da água. Aqueles que possuem lúmens ou pequenos orifícios devem ser limpos com escovas de diâmetro adequado;
- Após a escovagem, os DM devem ser abundantemente passados por água limpa e secos em papel absorvente. Deve-se ter o cuidado de verificar se não ficaram resíduos de papel nos DM;

<p>Elaborado por: Comissão de Controlo da Infecção-ARSA, IP dos Centros de Saúde do Distrito de Évora</p>	<p>Carimbo:</p>	<p>Aprovado por:</p>
<p>Data: Setembro de 2007</p>		<p>Data:</p>



 <p>COMISSÃO DE CONTROLO DA INFECÇÃO-ARSA, IP DOS CENTROS DE SAÚDE DO DISTRITO DE ÉVORA</p> <p>Administração Regional de Saúde do Alentejo, IP</p> <p>Ministério da Saúde</p>	<h1>RECOMENDAÇÕES DE BOA PRÁTICA</h1>		
	<h2>Descontaminação de Materiais e Equipamentos</h2>		
Ficha: 3	Revisão:	Data: Setembro de 2007	Folhas: 5 de 16

- No final da lavagem a água e o detergente usados devem ser eliminados e o material deve ser inspeccionado de forma a verificar-se a eficácia de lavagem;
- A área de lavagem não deve ser utilizada para outros procedimentos;
- O detergente escolhido deve conter na sua formulação os componentes necessários para realizar a função de limpeza; ultrapassar as condicionantes da qualidade da água, ser inócuo para o material e seguro para o ambiente e operador;
- As paredes e pavimento da sala de lavagem devem ser de material de fácil lavagem. Nesta zona deve existir um lavatório para a higienização das mãos;
- Após a lavagem do material o equipamento de protecção individual deve ser retirado e colocado no contentor – Grupo III;

#### 4.2.2. Recomendações a seguir

1. A área de lavagem não deve ser utilizada para outros procedimentos;
2. O detergente escolhido deve conter na sua formulação os componentes necessários para realizar a função de limpeza, ultrapassar as condicionantes da qualidade da água, ser inócuo para o material, ser seguro para o ambiente e para o operador;
3. Deve ser alcalino e ou enzimático e de preferência na forma líquida, para permitir uma melhor dissolução;
4. O material deve ser lavado de preferência em bancadas de duas tinas, uma destinada à lavagem dos instrumentos e a outra ao enxaguamento. As superfícies devem ser lisas, de fácil limpeza e resistentes à água. As torneiras devem ser de bica alta e estar centradas com o ralo, para se evitarem os salpicos;
5. Os instrumentos de inox devem ser lavados com água morna pois as temperaturas superiores a 43° C coagulam as proteínas. Poderá haver

Elaborado por: Comissão de Controlo da Infecção-ARSA, IP dos Centros de Saúde do Distrito de Évora	Carimbo:	Aprovado por:
Data: Setembro de 2007		Data:

 <p>COMISSÃO DE CONTROLO DA INFECÇÃO-ARSA, IP DOS CENTROS DE SAÚDE DO DISTRITO DE ÉVORA</p> <p>ARS Alentejo Administração Regional de Saúde do Alentejo, IP</p> <p>Ministério da Saúde</p>	<p>RECOMENDAÇÕES DE BOA PRÁTICA</p>	
	<p>Descontaminação de Materiais e Equipamentos</p>	
<p>Ficha: 3</p>	<p>Revisão:</p>	<p>Data: Setembro de 2007</p>
		<p>Folhas: 6 de 16</p>

detergentes enzimáticos cuja actuação se verifica também com água a temperatura ambiente;

6. As paredes e pavimento da sala de lavagem devem ser de material de fácil limpeza;
7. Nesta zona deve existir equipamento para lavagem e secagem das mãos;
8. Deve utilizar-se toalhetes de uso único, para limpeza das superfícies contaminadas;

#### 4.2.3. Protecção dos profissionais

- a) O profissional deve usar avental impermeável e luvas;
- b) As luvas devem ser de cano alto de nitrilo, ou de borracha tipo "menage".
- c) O calçado deve ser antiderrapante e fechado;
- d) Após a lavagem do material o equipamento de protecção individual deve ser retirado e colocado no contentor – Grupo III;

#### 4.2.4. Tratamento do material após a lavagem

- a) As escovas de lavagem de material reutilizáveis devem ser lavadas preferencialmente em máquina. Se não for possível, estas devem ser lavadas com água e com detergente e secas de seguida;
- b) As bancadas de trabalho e todas as superfícies envolventes devem ser lavadas com água quente e detergente e imediatamente secas;
- c) As malas de transporte de material devem ser lavados com água e detergente;

#### 4.3. DETERGENTES UTILIZADOS NA LIMPEZA DE MATERIAIS E EQUIPAMENTOS:

Para que a descontaminação dos materiais e equipamentos seja eficaz é absolutamente necessária uma lavagem prévia com os detergentes adequados, antes da desinfecção ou esterilização:

- **Detergente normal** (materiais sem resíduos orgânicos; Ex.: armários, superfícies);

<p>Elaborado por: Comissão de Controlo da Infecção-ARSA, IP dos Centros de Saúde do Distrito de Évora</p>	<p>Carimbo:</p>	<p>Aprovado por:</p>
<p>Data: Setembro de 2007</p>		<p>Data:</p>

 <p>COMISSÃO DE CONTROLO DA INFECÇÃO-ARSA, IP DOS CENTROS DE SAÚDE DO DISTRITO DE ÉVORA</p> <p>Administração Regional de Saúde do Alentejo, IP</p> <p>Ministério da Saúde</p>		<h1>RECOMENDAÇÕES DE BOA PRÁTICA</h1>	
		<h2>Descontaminação de Materiais e Equipamentos</h2>	
Ficha: 3	Revisão:	Data: Setembro de 2007	Folhas: 7 de 16

- **Detergente desincrustante** (materiais com resíduos orgânicos em pequena quantidade; Ex.: ferros para pensos);
- **Detergente enzimático** (materiais com resíduos orgânicos espessos; Ex.: endoscópios; material cirúrgico);

### 4.3.1. Detergente desincrustante de limpeza de material cirúrgico – clorado; amónio quaternário

- Mecanismo de acção:
  - ✓ Poder detergente, desincrustante e anticorrosivo;
- Tempo de contacto:
  - ✓ 15 a 20 minutos;
- Utilização:
  - ✓ Limpeza manual de material cirúrgico;

Produto	Água	Temperatura
50 gramas (1 carteira)	6 litros	50-60 °C

- Comentários/precauções:
  - ✓ Utilizar a solução preparada num prazo de 4 horas;
  - ✓ Enxaguar muito bem;
  - ✓ Armazenar em local fresco;

### 4.3.2. Detergente enzimático de limpeza de material cirúrgico – enzimas proteolíticas

- Mecanismo de acção:
  - ✓ Decompõe as moléculas das proteínas;
- Tempo de contacto:
  - ✓ Instrunet jet: 10 a 15 minutos;

\* Lembra-se a necessidade de respeitar a temperatura da água das diluições uma vez que a limpeza pode ficar comprometida se a acção enzimática for inactivada ou destruída.

Elaborado por: Comissão de Controlo da Infecção-ARSA, IP dos Centros de Saúde do Distrito de Évora	Carimbo:	Aprovado por:
Data: Setembro de 2007		Data:

 <p>COMISSÃO DE CONTROLO DA INFECÇÃO-ARSA, IP DOS CENTROS DE SAÚDE DO DISTRITO DE ÉVORA</p> <p>Administração Regional de Saúde do Alentejo, IP</p> <p>Ministério da Saúde</p>		<h1>RECOMENDAÇÕES DE BOA PRÁTICA</h1>	
Descontaminação de Materiais e Equipamentos		Data: <b>Setembro de 2007</b>	
Ficha: <b>3</b>	Revisão:	Data: <b>Setembro de 2007</b>	Folhas: 8 de 16

• **Comentários:**

- ✓ Utilizar a solução preparada num prazo de 8 horas;
- ✓ Enxaguar muito bem;
- ✓ Armazenar em local fresco;

• **Precauções:**

- ✓ Evitar o contacto com pele e mucosas, por isso utilizar sempre barreiras protectoras quando da sua preparação/manipulação: luvas, óculos, máscara e bata;


Detergentes comercializados

Nome genérico	Nome comercial
Composto clorado	Melseclor pó (carteiras)
Composto de amónio-quaternário	Instrunet pó (carteiras) * <sup>1</sup>
Base enzimática	Cidezime* ou Cidezime LF* Instrunet jet * <sup>1</sup>

\*<sup>1</sup> = Produtos existentes no armazém da ARSA, IP (distrito de Évora)

## 5. QUADRO RESUMO DOS PROCEDIMENTOS DE DESCONTAMINAÇÃO DE MATERIAIS E EQUIPAMENTOS:

Elaborado por: Comissão de Controlo da Infecção-ARSA, IP dos Centros de Saúde do Distrito de Évora	Carimbo:	Aprovado por:
Data: Setembro de 2007		Data:

 <p>COMISSÃO DE CONTROLO DA INFECÇÃO-ARSA, IP DOS CENTROS DE SAÚDE DO DISTRITO DE ÉVORA</p> <p>arsalentejo Administração Regional de Saúde do Alentejo, IP</p> <p>Ministério da Saúde</p>		<h1>RECOMENDAÇÕES DE BOA PRÁTICA</h1>	
		Descontaminação de Materiais e Equipamentos	
Ficha: 3	Revisão:	Data: Setembro de 2007	Folhas: 9 de 16

Material/Equipamento	Tratamento	Alternativa/Recomendações
Alicates (cuidados de higiene)	Lavar com detergente enzimático e esterilizar;	Entre utilizações;
Almofadas	Lavagem/desinfecção em máquina de lavar;	Devem ter cobertura impermeável e resistente a altas temperaturas; Logo que danificadas devem ser substituídas;
Ambú	Lavar com água e detergente e desinfetar com álcool; Autoclavar (se possível) entre doentes;	Atenção à especificidade do material (seguir as instruções do fabricante)
Aparelho de atmosfera húmida e Nebulizadores	Reservatório e campânula: <ul style="list-style-type: none"> <li>Lavar com água e detergente;</li> <li>Enxaguar muito bem e secar;</li> <li>Desinfetar com toalhete, com álcool;</li> </ul> Traqueias e bocais: <ul style="list-style-type: none"> <li>Se reutilizáveis lavar com água e detergente e esterilizar;</li> </ul>	Entre utilizadores, e, de 24 em 24 horas, no mesmo utilizador;
Armário (uso geral)	Lavar com água e detergente; Deixar secar;	Semanal Armários da unidade do doente nos internamentos (após a alta);
Armário (uso de material estéril)	Lavar com água e detergente; Deixar secar; Desinfetar com álcool;	Semanal
Arrastadeiras	Lavar em máquina com ciclo de desinfecção pelo calor;	<u>Alternativa:</u> Lavar com água e detergente; Desinfetar com solução, a 0,1% de cloro activo (4 pastilhas Presept 0,5g/litro);
Aspirador de secreções	Modificar o sistema de copos/tubos reutilizáveis, por sistema de aspiração, para sacos e tubos descartáveis;	Os aspiradores existentes podem adaptar-se a este sistema;
Bacias de higiene	Lavar com água e detergente, após cada utilização pelo mesmo doente; Entre doentes, desinfetar em máquina de desinfecção térmica;	<u>Alternativa:</u> Lavar com água e detergente; Deixar secar;

Elaborado por: Comissão de Controlo da Infecção-ARSA, IP dos Centros de Saúde do Distrito de Évora	Carimbo:	Aprovado por:
Data: Setembro de 2007		Data:

 <p> <a href="#">COMISSÃO DE CONTROLO DA INFECÇÃO-ARSA, IP</a>  <a href="#">DOS CENTROS DE SAÚDE DO DISTRITO DE ÉVORA</a> </p>		<h1>RECOMENDAÇÕES DE BOA PRÁTICA</h1>	
		Descontaminação de Materiais e Equipamentos	
Ficha: 3	Revisão:	Data: Setembro de 2007	Folhas: 10 de 16

Material/Equipamento	Tratamento	Alternativa/Recomendações
		Desinfectar com álcool;
Bancadas (sala de tratamentos)	Lavar com água e detergente; Deixar secar; Sempre que ocorra contaminação, e, periodicamente desinfectar com álcool ou solução de cloro activo a 0,01% (1 pastilha de Presept 0,5g/2 litros)	
Banheiras e bidés	Lavar com água e detergente; Deixar secar; Sempre que ocorra contaminação desinfectar com solução a 0,1% de cloro activo (4 pastilhas de Presept 0,5g/litro);	Os utentes devem usar, água corrente, nunca de imersão;
Batas (fardas; aventais, etc.)	Lavar em máquina, com ciclo próprio para desinfectação térmica;	Alternativa: Desinfectar com solução, a 0,1% de cloro activo (4 pastilhas Presept 0,5g/litro);
Brinquedos	Lavar com água e detergente; Deixar secar; Se contaminados, desinfectar com álcool ou solução, a 0,1% de cloro activo (4 pastilhas de Presept 0,5g/litro);	Se muito contaminados, devem ser destruídos;
Cadeira de rodas	Lavar com água e detergente; Deixar secar; Em caso de contaminação, desinfectar com álcool;	É recomendável, a utilização de um produto próprio, para a manutenção de metais (seguir as instruções do fabricante)
Cadeirão/sofá (unidade do doente internado)	Lavar com água e detergente (toallete húmido); Se contaminado e entre utilizadores, desinfectar com álcool ou solução, a 0,1% de cloro activo (4 pastilhas Presept 0,5g/litro);	Atenção à especificidade do material (seguir as instruções do fabricante)
Cama	Lavar com água e detergente; Deixar secar; Quando contaminado e entre utilizadores desinfectar com álcool ou solução a 0,1% de cloro activo (4 pastilhas Presept 0,5g/litro);	Atenção à especificidade do material (seguir as instruções do fabricante)

Elaborado por: Comissão de Controlo da Infecção-ARSA, IP dos Centros de Saúde do Distrito de Évora	Carimbo:	Aprovado por:
Data: Setembro de 2007		Data:

 <p>COMISSÃO DE CONTROLO DA INFECÇÃO-ARSA, IP DOS CENTROS DE SAÚDE DO DISTRITO DE ÉVORA</p> <p>arsalentejo Administração Regional de Saúde do Alentejo, IP</p> <p>Ministério da Saúde</p>		<h1>RECOMENDAÇÕES DE BOA PRÁTICA</h1>	
		Descontaminação de Materiais e Equipamentos	
Ficha: 3	Revisão:	Data: Setembro de 2007	Folhas: 11 de 16

Material/Equipamento	Tratamento	Alternativa/Recomendações
Câmara expansora	Lavar com água e detergente; Deixar secar; Desinfectar com toalhete com álcool a 70°;	Atenção à especificidade do material (seguir as instruções do fabricante)
Carros de pensos e outros em material inox	Lavar com água e detergente; Deixar secar; Em caso de contaminação desinfectar com álcool;	
Colchões (camas, macas, catres)	Lavar com água e detergente; Deixar secar; Quando contaminado e entre utilizadores desinfectar com álcool ou solução a 0,1% de cloro activo (4 pastilhas Presept 0,5g/litro)	Atenção à especificidade do material (seguir as instruções do fabricante)
Contentores de resíduos	Lavar com água e detergente; Deixar secar; Desinfectar periodicamente e em caso de derramamento, com solução a 1% de cloro activo (7 pastilhas Presept 2,5g/litro ou 36 pastilhas Presept 0,5g/litro);	
Copos	Lavar e desinfectar em máquina com desinfectação térmica	<u>Alternativa:</u> Lavar com água e detergente; Enxaguar; Desinfectar com solução a 0,01% de cloro activo durante 1 a 2min (1 pastilha Presept 0,5g/2 litros); Enxaguar em água corrente; Secar;
Cortinados (separadores das áreas de tratamento/unidades de doentes)	Lavar com água e detergente; Deixar secar; Quando contaminado e entre utilizadores desinfectar com álcool;	Atenção à especificidade do material (seguir as instruções do fabricante)
Eléctrodos do electrocardiógrafo	Lavar com água e detergente e secar;	

Elaborado por: Comissão de Controlo da Infecção-ARSA, IP dos Centros de Saúde do Distrito de Évora	Carimbo:	Aprovado por:
Data: Setembro de 2007		Data:

 <p>COMISSÃO DE CONTROLO DA INFECÇÃO-ARSA, IP DOS CENTROS DE SAÚDE DO DISTRITO DE ÉVORA</p> <p>Administração Regional de Saúde do Alentejo, IP</p> <p>Ministério da Saúde</p>		<h1>RECOMENDAÇÕES DE BOA PRÁTICA</h1>	
		Descontaminação de Materiais e Equipamentos	
Ficha: 3	Revisão:	Data: Setembro de 2007	Folhas: 12 de 16

Material/Equipamento	Tratamento	Alternativa/Recomendações
Esfignomanómetros	Limpar com toalhete húmido, periodicamente e em situações de risco, desinfectar com álcool; Braçadeira: desmontar e lavar com água e detergente, deixar secar, desinfectar com álcool, quando contaminada;	Atenção à especificidade do material (seguir as instruções do fabricante)
Espéculos vaginais (em inox)	Inserir em solução de detergente desincrustante (com água morna), cerca de 20 minutos; Lavar e enxaguar; Secar; Empacotar e esterilizar, em autoclave;	Atenção às concentrações do desincrustante; Em caso de haver grande concentração de matéria orgânica, usar detergente enzimático;
Estetoscópios	Lavar com água e detergente; Deixar secar; Desinfectar com álcool;	
Humidificador (para oxigenoterapia)	<u>Se for reutilizável:</u> Lavar com água e detergente; - Enxaguar muito bem; - Deixar secar; Desinfectar com toalhete com álcool, a 70°; Deixar secar;	Mesmo doente, descontaminação de 24/24h; Entre doentes, descontaminar sempre;
Humidificadores e nebulizadores	<u>Parte externa do aparelho:</u> Limpar com toalhete; Desinfectar com álcool, quando contaminado; <u>Reservatório e campânula:</u> Lavar com água e detergente; Enxaguar muito bem; Deixar secar; Desinfectar com toalhete, com álcool;	Mesmo doente, descontaminação de 24/24h; Entre doentes, descontaminar sempre;


Elaborado por: Comissão de Controlo da Infecção-ARSA, IP dos Centros de Saúde do Distrito de Évora	Carimbo:	Aprovado por:
Data: Setembro de 2007		Data:



		<b>RECOMENDAÇÕES DE BOA PRÁTICA</b>	
COMISSÃO DE CONTROLO DA INFECÇÃO-ARSA, IP DOS CENTROS DE SAÚDE DO DISTRITO DE ÉVORA		<b>Descontaminação de Materiais e Equipamentos</b>	
Ficha: <b>3</b>	Revisão:	Data: <b>Setembro de 2007</b>	Folhas: 13 de 16

Material/Equipamento	Tratamento	Alternativa/Recomendações
Instrumentos inox (material para penso, espéculos, porta agulhas, etc.)	Inserir em solução de detergente desincrustante (com água morna), cerca de 20 minutos; Lavar e enxaguar; Secar; Empacotar e esterilizar em autoclave;	Atenção às concentrações do desincrustante; Em caso de haver grande concentração de matéria orgânica, usar detergente enzimático;
Laringoscópio	<b>LÂMINAS</b> <u>Termo sensíveis:</u> Lavar e desinfetar com álcool, a 70° (imersão de 10 minutos) <u>Não termo sensíveis:</u> Lavar e enxaguar, secar e autoclavar; <b>CABO</b> Lavar com toalhete humedecido com água e detergente; Secar bem; Desinfetar com toalhete com álcool;	Atenção à especificidade do material (seguir as instruções do fabricante)
Lavatórios	Lavar com água e detergente; Secar; Em caso de contaminação, desinfetar com solução a 0,1% de cloro activo (4 pastilhas Presept 0,5g/litro)	Recomenda-se a utilização sempre, em água corrente;
Louça e talheres	Lavar em máquina com ciclo próprio, para desinfecção térmica;	<u>Alternativa:</u> Lavar com água e detergente; Enxaguar; Desinfetar com solução, a 0,01% de cloro activo durante 1 a 2mn (1 pastilha Presept/2 litros); Enxaguar e secar;
Macas	Lavar com toalhete húmido e secar; Desinfetar com álcool, quando contaminado;	Atenção à especificidade do material (seguir as instruções do fabricante)

Elaborado por: Comissão de Controlo da Infecção-ARSA, IP dos Centros de Saúde do Distrito de Évora	Carimbo:	Aprovado por:
Data: Setembro de 2007		Data:

 <p>COMISSÃO DE CONTROLO DA INFECÇÃO-ARSA, IP DOS CENTROS DE SAÚDE DO DISTRITO DE ÉVORA</p> <p>arsalentejo Administração Regional de Saúde do Alentejo, IP</p>  <p>Ministério da Saúde</p>		<h1>RECOMENDAÇÕES DE BOA PRÁTICA</h1>	
		Descontaminação de Materiais e Equipamentos	
Ficha: 3	Revisão:	Data: Setembro de 2007	Folhas: 14 de 16

Material/Equipamento	Tratamento	Alternativa/Recomendações
Mesa de cabeceira	Lavar com toalhete húmido e secar; Desinfectar com álcool, quando contaminado;	Atenção à especificidade do material (seguir as instruções do fabricante)
Mesa de refeições	Lavar com toalhete húmido e secar; Desinfectar com álcool, quando contaminado;	Atenção à especificidade do material (seguir as instruções do fabricante)
Nebulizadores	<u>Parte externa do aparelho:</u> Limpar com toalhete; Desinfectar com álcool, quando contaminado; <u>Reservatório e campânula:</u> Lavar com água e detergente; Enxaguar muito bem; Deixar secar; Desinfectar com toalhete com álcool;	Mesmo doente, descontaminação de 24/24h; Entre doentes, descontaminar sempre;
Oxigenoterapia	<u>Sondas nasais duplas:</u> <u>Uso único;</u> <u>Humidificador:</u> Lavar com água e detergente, enxaguar e secar bem, desinfectar com toalhete com álcool a 70°;	Entre utilizadores; No mesmo utilizador de 24/24 h;
Sanitas	Lavar com água e detergente; Desinfectar com solução a 0,1% de cloro activo (4 pastilhas Presept 0,5g/litro), quando ocorra contaminação;	Usar solução de cloro, <u>quando usada por doentes infectados</u> ;
Suporte de soros	Lavar com toalhete húmido; Desinfectar com álcool, quando ocorra contaminação;	

Elaborado por: Comissão de Controlo da Infecção-ARSA, IP dos Centros de Saúde do Distrito de Évora	Carimbo:	Aprovado por:
Data: Setembro de 2007		Data:

 <p>COMISSÃO DE CONTROLO DA INFECÇÃO-ARSA, IP DOS CENTROS DE SAÚDE DO DISTRITO DE ÉVORA</p> <p>arsalentejo Administração Regional de Saúde do Alentejo, IP</p>  <p>Ministério da Saúde</p>		<h2 style="text-align: center;">RECOMENDAÇÕES DE BOA PRÁTICA</h2>	
		Descontaminação de Materiais e Equipamentos	
Ficha: 3	Revisão:	Data: Setembro de 2007	Folhas: 15 de 16

Material/Equipamento	Tratamento	Alternativa/Recomendações
Taças/tabuleiros de inox	<p>O tratamento depende da utilização anterior e posterior;</p> <p>Se conspurcado com matéria orgânica - inserir em solução de detergente desincrustante <b>enzimático (com água morna)</b> cerca de 20 mn, lavar e secar;</p> <p>Se não conspurcado com matéria orgânica - inserir em solução de detergente desincrustante <b>(com água morna)</b> cerca de 20 mn, lavar e secar;</p>	Autoclavar após desinfecção e lavagem se utilização posterior o exigir (Ex.: colheita de urina asséptica)
Termómetros	<p>Lavar com água e detergente, entre utilizações;</p> <p>Desinfectar com álcool, entre utilizadores;</p>	
Tesoura	<p>Lavar com água e detergente;</p> <p>Secar;</p> <p>Desinfectar com álcool, quando contaminada;</p>	Esterilizar em autoclave, se a utilização posterior o exigir;
Tubos de Guedel	Inserir em solução de detergente desincrustante enzimático <b>(com água morna)</b> cerca de 20 minutos, lavar, secar e autoclavar;	Quando não forem de uso único;
Urinóis	Lavar e desinfectar, em máquina própria entre utilizações;	<p><u>Alternativa:</u></p> <p>Lavar com água e detergente entre utilizações;</p> <p>Desinfectar em solução a 0,1% de cloro activo (<b>4 pastilhas Presept 0,5g/litro</b>) entre utilizadores;</p>

Elaborado por: Comissão de Controlo da Infecção-ARSA, IP dos Centros de Saúde do Distrito de Évora	Carimbo:	Aprovado por:
Data: Setembro de 2007		Data:

 <p><a href="#">COMISSÃO DE CONTROLO DA INFECÇÃO-ARSA, IP</a> <a href="#">DOS CENTROS DE SAÚDE DO DISTRITO DE ÉVORA</a></p> <p>ARS Alentejo Administração Regional de Saúde do Alentejo, IP</p> <p>Ministério da Saúde</p>		<h1>RECOMENDAÇÕES DE BOA PRÁTICA</h1>	
		<h2>Descontaminação de Materiais e Equipamentos</h2>	
Ficha: 3	Revisão:	Data: <b>Setembro de 2007</b>	Folhas: 16 de 16

## 6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- WILSON, JEINNIE - *Controlo de Infecção na Prática Clínica*, 2ª Edição – Luso Ciência – Edições Técnicas, Científicas, Lda., capítulo XIII, página 133 a 186, 2003.
- CCI DA SUB-REGIÃO DE SAÚDE DE BEJA – *Orientações para boas práticas*, página 14 a 46, Beja, 2003.
- CDC, [www.atsdr.cdc.gov/es/tokfaqs/es](http://www.atsdr.cdc.gov/es/tokfaqs/es) (Abril/2002).

<p>Elaborado por: Comissão de Controlo da Infecção-ARSA, IP dos Centros de Saúde do Distrito de Évora</p>	<p>Carimbo:</p>	<p>Aprovado por:</p>
<p>Data: Setembro de 2007</p>		<p>Data:</p>

 <p>COMISSÃO DE CONTROLO DA INFECÇÃO-ARSA, IP DOS CENTROS DE SAÚDE DO DISTRITO DE ÉVORA</p> <p>Administração Regional de Saúde do Alentejo, IP</p> <p>Ministério da Saúde</p>	<p>RECOMENDAÇÕES DE BOA PRÁTICA</p>	
	<p>Anti-Sépticos e Desinfectantes</p>	
<p>Ficha: 4</p>	<p>Revisão:</p>	<p>Data: Setembro de 2007</p> <p>Folhas: 1 de 11</p>

## 1. OBJECTIVO:

- Divulgar conceitos relacionados com utilização de anti-sépticos e desinfectantes;
- Dar a conhecer as propriedades dos desinfectantes e anti-sépticos;
- Orientar para a utilização dos desinfectantes e anti-sépticos;

## 2. CONCEITOS:



- Anti-sépticos – Agentes químicos, que destroem ou inibem o crescimento microbiano nos tecidos vivos. Utilizam-se para descontaminar pele e mucosas;
- Desinfectantes – Agentes químicos, que destroem microorganismos nos objectos inanimados. Utilizam-se na descontaminação de materiais, equipamentos e superfícies;
- Material Contaminado - Material que tenha sido usado, exposto a uma situação clínica e esteja poluído com matéria orgânica, microorganismos ou outras substâncias inorgânicas indesejáveis como: pó, resíduos químicos, material radioactivo,...;

## 3. CONSIDERAÇÕES SOBRE A UTILIZAÇÃO DOS ANTI-SÉPTICOS E DESINFECTANTES:

### ♦ Factores condicionantes da eficácia:

- 1 - Tempo de contacto: O tempo de contacto necessário, para que se exerça a acção anti-microbiana dos desinfectantes, é variável;
- 2 - Concentração do princípio activo na diluição, recomendada: Alguns desinfectantes são instáveis, decompondo-se com facilidade e deixando de ter actividade anti-microbiana, permitindo o desenvolvimento de certos microorganismos, como por exemplo: *pseudomonas*. É necessário, pois, que as diluições dos desinfectantes sejam correctas e recentes;
- 3 - Quantidade de matéria orgânica presente no local a descontaminar: Os materiais devem estar libertos de matéria orgânica, pois a maioria dos desinfectantes, são inactivos na sua presença;
- 4 - Natureza dos germes a eliminar: Os microorganismos têm diferentes

<p>Elaborado por: Comissão de Controlo da Infecção-ARSA, IP dos Centros de Saúde do Distrito de Évora</p>	<p>Carimbo:</p>	<p>Aprovado por:</p>
<p>Data: Setembro de 2007</p>		<p>Data:</p>

 <p>COMISSÃO DE CONTROLO DA INFECÇÃO-ARSA, IP DOS CENTROS DE SAÚDE DO DISTRITO DE ÉVORA</p> <p>Administração Regional de Saúde do Alentejo, IP</p>  <p>Ministério da Saúde</p>	RECOMENDAÇÕES DE BOA PRÁTICA	
	Anti-Sépticos e Desinfectantes	
Ficha: 4	Revisão:	Data: Setembro de 2007
Folhas: 2 de 11		

sensibilidades, à acção dos desinfectantes químicos, que depende da sua estrutura celular;

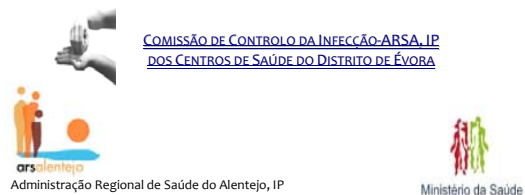
- 5 - Número de microorganismos: Quanto maior o número de microorganismos, maior será o tempo, que o desinfectante deverá actuar, pelo que, é importante uma limpeza eficaz, antes da utilização do desinfectante;
- 6 - PH: Alguns, como por exemplo: glutaraldeídos, clorohexidina, amónios quaternários, actuam melhor em meio alcalino, outros, como os hipocloritos e o iodo, actuam melhor em meio ácido;
- 7 - Armazenamento: Deve ter-se cuidado, para não diminuir a actividade do desinfectante, durante o armazenamento, por exemplo:
  - Água oxigenada, não deve ser guardada em frascos transparentes ou abertos;
  - Os hipocloritos, expostos ao calor e humidade, perdem actividade;

♦ Factores a considerar na escolha de, anti-sépticos e desinfectantes:

- 1 - Deve eliminar: os microorganismos patogénicos num espaço de tempo razoável e em concentração específica;
- 2 - Não deve: apresentar toxicidade para os tecidos humanos;
- 3 - Não ser: corrosivo ou danificar os materiais e equipamentos em que é utilizado;
- 4 - Deve ser: económico, fácil de preparar e simples de utilizar;
- 5 - Deve ser: estável, nas formas líquida ou sólida, para que possa ser guardado, durante um período aceitável;
- 6 - O PH: deve ser estável, em relação às diferenças de temperatura, dentro dos limites razoáveis;
- 7 - Largo espectro de acção: deve actuar sobre bactérias Gram (+) e Gram (-), BK, microorganismos sob a forma de esporos, vírus e fungos;
- 8 - Acção: irreversível;
- 9 - Não ser: facilmente inactivado, pela matéria orgânica;

♦ Precauções na utilização dos anti-sépticos e desinfectantes:

Elaborado por: Comissão de Controlo da Infecção-ARSA, IP dos Centros de Saúde do Distrito de Évora	Carimbo:	Aprovado por:
Data: Setembro de 2007		Data:

 <p>COMISSÃO DE CONTROLO DA INFECÇÃO-ARSA, IP DOS CENTROS DE SAÚDE DO DISTRITO DE ÉVORA</p> <p>Administração Regional de Saúde do Alentejo, IP</p> <p>Ministério da Saúde</p>	RECOMENDAÇÕES DE BOA PRÁTICA	
	Anti-Sépticos e Desinfectantes	
Ficha: 4	Revisão:	Data: Setembro de 2007
Folhas: 3 de 11		

- a) Conhecer a composição do produto a utilizar;
- b) Respeitar o protocolo de utilização, doses, diluições e incompatibilidades;
- c) Manusear com luvas e roupas protectoras;
- d) Se a pele ou mucosas forem atingidas por projecções de desinfectantes químicos, lavar imediatamente e abundantemente com água;
- e) Limpar sempre o recipiente em que se diluiu ou utilizou o desinfectante;
- f) As soluções devem ser guardadas em contentores próprias;
- g) As soluções desinfectantes devem ser sempre utilizadas dentro do prazo de validade e deve ser respeitado o tempo de conservação da diluição utilizada;
- h) As soluções desinfectantes não devem ser adicionadas a detergentes, a não ser que sejam compatíveis;

♦ Princípios básicos da utilização de desinfectantes químicos:

- a) A limpeza precede sempre a desinfecção;
- b) A desinfecção não pode substituir a limpeza;
- c) Respeitar o tempo de contacto necessário dos desinfectantes;
- d) Utilizar diluições correctas e recentes;
- e) Utilizar os desinfectantes químicos apenas quando:
  - Não se pode esterilizar;
  - Uma adequada limpeza é insuficiente;
  - Não existe material descartável disponível;

#### 4. PROPRIEDADES DOS ANTI-SÉPTICOS E DESINFECTANTES, E, MODO DE UTILIZAÇÃO:

A escolha do anti-séptico ou do desinfectante implica um conhecimento, sobre as suas propriedades e modo de utilização.

Fazemos pois uma descrição sumária das características dos produtos que mais frequentemente são utilizados nos centros de saúde do distrito de Évora.

##### 4.1. ANTI-SÉPTICOS:

Elaborado por: Comissão de Controlo da Infecção-ARSA, IP dos Centros de Saúde do Distrito de Évora	Carimbo:	Aprovado por:
Data: Setembro de 2007		Data:

 <p>COMISSÃO DE CONTROLO DA INFECÇÃO-ARSA, IP DOS CENTROS DE SAÚDE DO DISTRITO DE ÉVORA</p> <p>Administração Regional de Saúde do Alentejo, IP</p> <p>Ministério da Saúde</p>	RECOMENDAÇÕES DE BOA PRÁTICA	
	Anti-Sépticos e Desinfectantes	
Ficha: 4	Revisão:	Data: Setembro de 2007
Folhas: 4 de 11		

#### 4.1.1. Álcool

##### Propriedades:

1. Mecanismo de acção:
  - Por coagulação das proteínas e dissolução dos componentes lipídicos das membranas;
2. Espectro de acção:
  - Rápida actividade bactericida;
  - Lenta actividade virucida e fungicida (incluindo VHB e HIV);
  - Não esporicida;
3. Tempo de contacto: + de 2 minutos (até secar);
4. Sem actividade residual;

##### Indicações de utilização:

1. Anti-séptico da pele;
2. Descontaminação de materiais e equipamentos;
3. Descontaminação de superfícies;

##### Vantagens:

1. Baixa toxicidade;
2. Boa tolerância;
3. Pode também potenciar a actividade de outros anti-sépticos (clorohexidina, compostos de amónio quaternário);
4. Efeito rápido;
5. Evaporação rápida;

##### Desvantagens:

1. Ser inflamável e volátil;
2. Secar a pele quando usado frequentemente;
3. Só actuar em superfícies previamente limpas;
4. Ser inactivado pela matéria orgânica;
5. Não é utilizável em mucosas ou feridas já que é irritante;

Elaborado por: Comissão de Controlo da Infecção-ARSA, IP dos Centros de Saúde do Distrito de Évora	Carimbo:	Aprovado por:
Data: Setembro de 2007		Data:



 <p>COMISSÃO DE CONTROLO DA INFECÇÃO-ARSA, IP DOS CENTROS DE SAÚDE DO DISTRITO DE ÉVORA</p> <p>arsalentejo Administração Regional de Saúde do Alentejo, IP</p> <p>Ministério da Saúde</p>	RECOMENDAÇÕES DE BOA PRÁTICA	
	Anti-Sépticos e Desinfectantes	
Ficha: 4	Revisão:	Data: Setembro de 2007
Folhas: 5 de 11		

#### Concentração:

1. Etílico a 70°;
2. Isopropílico a 63° com cloreto de benzalcónio a 0,25%;
3. Propanol a 75% com etilsulfato de mecetrónio a 0,2%;

Nota: Aconselham-se concentrações entre os 70 e os 90%, já que concentrações maiores diminuem a sua eficácia. Isto deve-se ao facto de que o álcool actua precipitando as proteínas do gérmen exclusivamente em meio aquoso. Assim, o álcool deve estar diluído para ter efeito. A clínica tem demonstrado que as soluções mais efectivas são as de 70%. Abaixo dos 50% tem muito baixa actividade.

#### 4.1.2. Compostos de amónio quaternário

##### Propriedades:

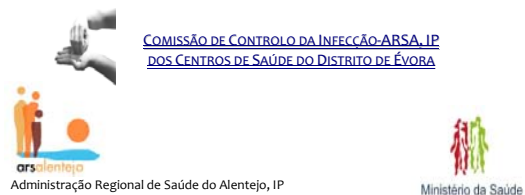
1. Mecanismo de acção:
  - Destroem a parede bacteriana e membrana citoplasmática;
2. Espectro de acção:
  - Activos sobre Gram +;
  - Activos sobre alguns Gram –;
  - Baixa actividade sobre vírus;
  - Fungistático;
  - Não actua sobre o BK e esporos;
3. Tempo de contacto: variável dependendo da solução ser aquosa ou alcoólica;
4. Actividade residual: baixa;

##### Desvantagens:

1. Escassa actividade anti microbiana;
2. Acção germicida lenta;
3. Inactiva em presença de matéria orgânica e de sabões;
4. Forma uma película por debaixo da pele sob a qual podem sobreviver alguns germens;
5. São absorvidos por gordura, goma e apósitos perdendo actividade;

##### Indicações de utilização:

Elaborado por: Comissão de Controlo da Infecção-ARSA, IP dos Centros de Saúde do Distrito de Évora	Carimbo:	Aprovado por:
Data: Setembro de 2007		Data:

 <p>COMISSÃO DE CONTROLO DA INFECÇÃO-ARSA, IP DOS CENTROS DE SAÚDE DO DISTRITO DE ÉVORA</p> <p>Administração Regional de Saúde do Alentejo, IP</p> <p>Ministério da Saúde</p>	RECOMENDAÇÕES DE BOA PRÁTICA	
	Anti-Sépticos e Desinfectantes	
Ficha: 4	Revisão:	Data: Setembro de 2007 Folhas: 6 de 11

1. Anti-séptico das mãos e pele são;
2. Associam-se a outros anti-sépticos, para alargar o seu espectro de acção;

#### 4.1.3. Clorohexidina

##### Propriedades:

1. Mecanismo de acção:
  - Rompe a parede celular;
2. Espectro de acção:
  - Mais activa sobre os Gram + do que sobre os Gram –;
  - Fungistático;
  - Não actua sobre vírus, esporos ou BK;
  - Algumas espécies de Pseudomonas e Proteus são-lhe resistentes;
3. Tempo de contacto – Pelo, menos 1 minuto;
4. Actividade residual: longa;

##### Indicações de utilização:

1. Pele e mucosas;
2. Desinfecção asséptica e cirúrgica das mãos;
3. Banho pré-operatório em cirurgia de risco;
4. Desinfecção da mucosa oral;

##### Vantagens:

1. Tem actividade residual;
2. Baixa toxicidade;
3. Actuação rápida;
4. Minimamente inactivado na presença de matéria orgânica;

##### Desvantagens:

1. O seu uso repetido pode provocar reacções de sensibilização cutânea;
2. É ototóxico;
3. Não se deve utilizar, no tecido cerebral;
4. Em contacto com a córnea, provoca queratites;
5. A roupa manchada com clorohexidina, fica castanha, se entra em contacto com

Elaborado por: Comissão de Controlo da Infecção-ARSA, IP dos Centros de Saúde do Distrito de Évora	Carimbo:	Aprovado por:
Data: Setembro de 2007		Data:

 <p>COMISSÃO DE CONTROLO DA INFECÇÃO-ARSA, IP DOS CENTROS DE SAÚDE DO DISTRITO DE ÉVORA</p> <p>Administração Regional de Saúde do Alentejo, IP</p>  <p>Ministério da Saúde</p>	RECOMENDAÇÕES DE BOA PRÁTICA	
	Anti-Sépticos e Desinfetantes	
Ficha: 4	Revisão:	Data: Setembro de 2007
Folhas: 7 de 11		

lixívia;

6. Inativado na presença de matéria orgânica;
7. Inativado pelo sabão e detergentes aniónicos;
8. Baixo espectro de acção;

Concentração:

- 4% numa base detergente;
- 0,5% em solução alcoólica
- Solução aquosa com cetrimida a 3,5%
- 0,2 % solução dental

#### 4.1.4. Iodo/iodóforos

Existem dois tipos de soluções que contêm iodo:

1. As soluções de iodo, propriamente ditas (não se usam em feridas e mucosas devido à presença de álcool):
  - Álcool iodado – 0,1 g de iodo + 100ml de álcool a 70°;
  - Tintura de iodo – 1g de iodo + 100ml de álcool a 70°;
2. Os iodóforos:
  - Povidona iodada a 10%;

Propriedades dos Iodóforos e das soluções com iodo e álcool:

1. Mecanismo de acção:
  - Por destruição das proteínas;
  - Por destruição da estrutura dos ácidos nucleicos;
2. Espectro de acção:
  - Bactericida;
  - Virucida;
  - Fungicida;
  - Alguma actividade esporicida;
3. Tempo de contacto: 2 minutos;
4. Actividade residual: intermédia (liberta iodo lentamente);

Concentração dos Iodóforos:

Elaborado por: Comissão de Controlo da Infecção-ARSA, IP dos Centros de Saúde do Distrito de Évora	Carimbo:	Aprovado por:
Data: Setembro de 2007		Data:

 <p>COMISSÃO DE CONTROLO DA INFECÇÃO-ARSA, IP DOS CENTROS DE SAÚDE DO DISTRITO DE ÉVORA</p> <p>Administração Regional de Saúde do Alentejo, IP</p> <p>Ministério da Saúde</p>	RECOMENDAÇÕES DE BOA PRÁTICA	
	Anti-Sépticos e Desinfectantes	
Ficha: 4	Revisão:	Data: Setembro de 2007 Folhas: 8 de 11

- A 4% em solução espuma;
- A 10% em solução dérmica;
- A 10% em solução ginecológica;

#### 4.2. DESINFECTANTES:

##### 4.2.1. Álcool

Propriedades:

1. Mecanismo de acção:
  - Por coagulação das proteínas e dissolução dos componentes lipídicos das membranas;
2. Espectro de acção:
  - Rápida actividade bactericida;
  - Lenta actividade virucida e fungicida;
  - Não esporicida;
  - Não actua no BK (Bacilo de Kock);
3. Tempo de contacto: + de 2 minutos (até secar);

Indicações de utilização:

1. Materiais e equipamentos (ver sempre indicações dos fornecedores):
  - Peças dos nebulizadores;
  - Termómetros;
  - Otoscópios e oftalmoscópios;
  - Peças dos cardiocatógrafos;
  - Peças dos electrocardiógrafos;
  - Outros equipamentos;
2. Superfícies:
  - Bancadas;
  - Tabuleiros;
  - Carros de apoio;
  - Biombos separadores;

##### 4.2.2. Cloro

Elaborado por: Comissão de Controlo da Infecção-ARSA, IP dos Centros de Saúde do Distrito de Évora	Carimbo:	Aprovado por:
Data: Setembro de 2007		Data:

 <p>COMISSÃO DE CONTROLO DA INFECÇÃO-ARSA, IP DOS CENTROS DE SAÚDE DO DISTRITO DE ÉVORA</p> <p>Administração Regional de Saúde do Alentejo, IP</p> <p>Ministério da Saúde</p>	RECOMENDAÇÕES DE BOA PRÁTICA	
	Anti-Sépticos e Desinfectantes	
Ficha: 4	Revisão:	Data: Setembro de 2007 Folhas: 9 de 11

Propriedades:

1. Mecanismo de acção:
  - Inibe algumas reacções enzimáticas e provoca desnaturação das proteínas;
2. Espectro de acção:
  - Bactericida incluindo BK ;
  - Virucida (incluindo VHB e HIV);
  - Fungicida;

Nota: Utilizar soluções de preparação recente.

A utilização do cloro como desinfectante está também condicionada às formas de apresentação disponíveis. Nos centros de saúde existe:

4.2.3. Dicloroisocianurato de sódio (pastilhas)

- a) Água;
- b) Materiais e equipamentos:
  - ✓ Do laboratório
  - ✓ Nos serviços de cozinha/copa
  - ✓ Sanitários

Presept - pastilhas de 0,5 g

Materiais e equipamentos	N.º de pastilhas	Litros de água	Tempo de contacto
Superfícies	1	2	Passar toalhete disposable
Louça	1	2	Imergir durante 1 – 2 min
Borracha, vidro, plástico, porcelana, biberons/tetinas	1	2	Imergir 1 hora
Instrumentos de aço inox	1	0,5	Imergir 15 min

Presept - pastilhas de 2,5 g

Materiais e equipamentos	N.º de pastilhas	Litros de água	Tempo de contacto
--------------------------	------------------	----------------	-------------------

Elaborado por: Comissão de Controlo da Infecção-ARSA, IP dos Centros de Saúde do Distrito de Évora	Carimbo:	Aprovado por:
Data: Setembro de 2007		Data:

 <p>COMISSÃO DE CONTROLO DA INFECÇÃO-ARSA, IP DOS CENTROS DE SAÚDE DO DISTRITO DE ÉVORA</p> <p>Administração Regional de Saúde do Alentejo, IP</p>		<p>RECOMENDAÇÕES DE BOA PRÁTICA</p>	
		<p>Anti-Sépticos e Desinfectantes</p>	
<p>Ficha: 4</p>	<p>Revisão:</p>	<p>Data: Setembro de 2007</p>	<p>Folhas: 10 de 11</p>

Superfícies	1	10	Passar toalhete disposable
Louça	1	10	Imergir durante 1 – 2 min
Borracha, vidro, plástico, porcelana, biberons/tetinas	1	10	Imergir 1 hora
Instrumentos de aço inox	1	2,5	Imergir 15 min

#### 4.2.4. Dicloroisocianurato de sódio (grânulos)

- a) Superfícies – quando ocorrem salpicos ou derramamentos de fluidos orgânicos (com excepção de urina):
- ✓ Circunscrever e polvilhar toda a área a descontaminar;
  - ✓ Retirar após pelo menos 2 minutos de actuação do produto;
  - ✓ Lavar em seguida com toalhete;

#### Vantagens:

1. Acção rápida;

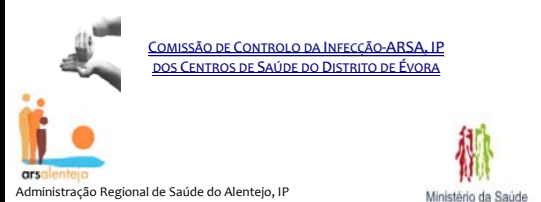
#### Desvantagens:

1. É corrosivo para metais e irritante para os tecidos vivos;
2. É inactivado pela presença de matéria orgânica (o dicloroisocianurato é menos susceptível). Assim, quanto mais contaminado estiver o produto que se pretende desinfectar, maior quantidade de cloro é necessária para se conseguir essa desinfecção;
3. São incompatíveis com detergentes catiónicos;
4. Em áreas pouco ventiladas a sua utilização pode provocar irritação da pele e mucosas;
5. É instável;

#### Notas:

- Quando armazenados correctamente nas embalagens, as pastilhas e grânulos

<p>Elaborado por: Comissão de Controlo da Infecção-ARSA, IP dos Centros de Saúde do Distrito de Évora</p>	<p>Carimbo:</p>	<p>Aprovado por:</p>
<p>Data: Setembro de 2007</p>		<p>Data:</p>

 <p>COMISSÃO DE CONTROLO DA INFECÇÃO-ARSA, IP DOS CENTROS DE SAÚDE DO DISTRITO DE ÉVORA</p> <p>Administração Regional de Saúde do Alentejo, IP</p> <p>Ministério da Saúde</p>	RECOMENDAÇÕES DE BOA PRÁTICA	
	Anti-Sépticos e Desinfectantes	
Ficha: 4	Revisão:	Data: Setembro de 2007
Folhas: 11 de 11		

mantêm-se activos durante anos;

- As soluções preparadas são estáveis durante 24 horas;
- As soluções ácidas são mais activas mas mais instáveis que as de pH alcalino (as pastilhas e grânulos são activos a um pH de 6 a 10);
- Devem-se utilizar sempre soluções de preparação recente;

## 5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- WILSON, JEINNIE - *Controlo de Infecção na Prática Clínica*, 2ª Edição – Luso Ciência – Edições Técnicas, Científicas, Lda., capítulo XIII, página 175 a 209 e 299 a 321, 2003.
- CCI DA SUB-REGIÃO DE SAÚDE DE BEJA – *Orientações para boas práticas*, página 6 a 23, Beja, 2003.

Elaborado por: Comissão de Controlo da Infecção-ARSA, IP dos Centros de Saúde do Distrito de Évora	Carimbo:	Aprovado por:
Data: Setembro de 2007		Data:

 <p>COMISSÃO DE CONTROLO DA INFECÇÃO-ARSA, IP DOS CENTROS DE SAÚDE DO DISTRITO DE ÉVORA</p> <p>arsalentejo Administração Regional de Saúde do Alentejo, IP</p> <p>Ministério da Saúde</p>		<h1>RECOMENDAÇÕES DE BOA PRÁTICA</h1>	
		<h2>Higienização do Ambiente</h2>	
Ficha: 1	Revisão:	Data: Junho de 2007	Folhas: 1 de 9

### 1. OBJECTIVO:

- Divulgar os princípios gerais da higienização do ambiente;
- Definir os critérios exigidos para o equipamento de limpeza;
- Definir e divulgar as normas e recomendações de higienização e acondicionamento dos equipamentos de limpeza;
- Definir protocolos de limpeza consoante as áreas;

### 2. ÂMBITO:

Serviços hoteleiros, serviço de limpeza e profissionais dos centros de saúde do distrito de Évora.

### 3. CONCEITOS:

**A limpeza** consiste no processo de remoção da sujidade (matéria orgânica ou inorgânica) de objectos ou superfícies, através da acção mecânica da lavagem utilizando-se água e sabão ou detergente.

Permite o controle de disseminação da contaminação biológica (eficácia na remoção de microorganismos em cerca de 90%), assegurando que todas as actividades aí desenvolvidas não tragam riscos acrescidos para a saúde dos utentes.

A limpeza é ainda importante do ponto de vista da imagem das instituições e sobre o estado psicológico dos profissionais e dos utentes que as utilizam.

A supervisão dos serviços de limpeza deve ser feita pelo elemento dinamizador da CCI na Instituição, o que permite a vigilância do cumprimento dos procedimentos dos profissionais.

**A descontaminação** por limpeza e desinfecção, é um processo que permite a destruição da maior parte dos microorganismos patogénicos, mas não os esporos bacterianos.

Consideram-se **desinfetantes** os agentes químicos que destroem microorganismos nos objectos inanimados e utilizam-se na descontaminação de materiais, equipamentos e superfícies.

Elaborado por: Comissão de Controlo da Infecção-ARSA, IP dos Centros de Saúde do Distrito de Évora	Carimbo:	Aprovado por:
Data: Junho de 2007		Data:



 <p><u>COMISSÃO DE CONTROLO DA INFECÇÃO-ARSA, IP</u> <u>DOS CENTROS DE SAÚDE DO DISTRITO DE ÉVORA</u></p> <p>Administração Regional de Saúde do Alentejo, IP</p>  <p>Ministério da Saúde</p>		<h1>RECOMENDAÇÕES DE BOA PRÁTICA</h1>	
		<h2>Higienização do Ambiente</h2>	
Ficha: 1	Revisão:	Data: Junho de 2007	Folhas: 2 de 9

#### 4. PRINCÍPIOS GERAIS DE LIMPEZA:

- Excluir todos os meios de limpeza que façam levantar o pó (ex. uso de vassouras, espanadores, limpeza do pó a seco, etc.);
- A remoção do pó deve ser sempre feita por meios húmidos;
- O pano deve ser enxaguado, na passagem de uma estrutura ou equipamento para outra e da unidade de um doente para outro;
- A limpeza do chão deve ser feita pelo método do duplo balde, que consiste na utilização de um balde com água quente e detergente e um balde só com água quente para ir enxaguando a esfregona;
- A metodologia de limpeza e os produtos empregues na mesma são sempre iguais para qualquer área, quer esta seja considerada ou não, de risco. O que varia é a frequência de limpeza necessária e instituída para cada área;
- Usar sempre água quente na limpeza de superfícies;
- A limpeza, deve ser sempre feita no sentido das zonas mais limpas para as mais sujas. Nas limpezas globais iniciar sempre pelos pontos de luz, seguindo-se os tectos, paredes, mobiliário e equipamento e por fim o chão;
- As barreiras de protecção a utilizar na limpeza são:
  - a) Luvas de borracha ou de "ménage" já que estes tipos de luvas constituem uma barreira de defesa eficaz nos contactos prolongados com os líquidos e com desinfectantes;
  - b) Avental de plástico por cima da farda;
- Os materiais de limpeza devem ser exclusivos para cada área, isto é, panos, esfregonas e baldes, usados nas casas de banho, não podem ser usados nas salas de tratamentos, gabinetes médicos, refeitórios e áreas administrativas, a fim de evitar a redistribuição cruzada de microrganismos nas superfícies de uma área para outra;
- Não trocar equipamento de um serviço para outro, respeitando os "kit's" de limpeza:
  - a) Carro de limpeza equipado com duplo balde prensa e acessório para acondicionamento e transporte de materiais /produtos;
  - b) Panos de limpeza, respeitando código de cores estabelecido (cores indeléveis);

Elaborado por: Comissão de Controlo da Infecção-ARSA, IP dos Centros de Saúde do Distrito de Évora	Carimbo:	Aprovado por:
Data: Junho de 2007		Data:

 <p><u>COMISSÃO DE CONTROLO DA INFECÇÃO-ARSA, IP</u> <u>DOS CENTROS DE SAÚDE DO DISTRITO DE ÉVORA</u></p> <p>Administração Regional de Saúde do Alentejo, IP</p>  <p>Ministério da Saúde</p>		<p><b>RECOMENDAÇÕES DE BOA PRÁTICA</b></p>	
		<p><b>Higienização do Ambiente</b></p>	
<p>Ficha: <b>1</b></p>	<p>Revisão:</p>	<p>Data: <b>Junho de 2007</b></p>	<p>Folhas: 3 de 9</p>

- c) Esfregona de micro fibra, removível do cabo;
- d) Mopas de micro fibra para limpeza do pó;
- e) Luvas de borracha;
- f) Aventais impermeáveis;
- g) Detergentes e desinfetantes;

A desinfecção por rotina de superfícies não é aconselhada, o uso de desinfetante fica assim restrito a situações de derrames ou salpicos de sangue ou outra matéria orgânica contendo sangue.

## 5. EQUIPAMENTO DE LIMPEZA:

- As infecções cruzadas podem ocorrer quando o mesmo equipamento de limpeza é utilizado em áreas diferentes; portanto este deverá ser individualizado e devidamente identificado;
- Todos os equipamentos deverão ser cuidadosamente limpos depois de utilizados, secos e armazenados em local que ofereça condições de segurança;
- Todos os meios de limpeza que levantam pó devem ser excluídos;

### 5.1. Esfregonas:

- Os cabos das esfregonas não devem ser de madeira ou de outro material poroso;
- As cabeças devem ser de material de fácil lavagem (removível do cabo);
- Devem ser lavadas diariamente;

### 5.2. Escovas de Máquinas:

- Devem ser lavadas após a sua utilização;

### 5.3. Luvas de borracha:

<p>Elaborado por:</p> <p>Comissão de Controlo da Infecção-ARSA, IP dos Centros de Saúde do Distrito de Évora</p>	<p>Carimbo:</p>	<p>Aprovado por:</p>
<p>Data: Junho de 2007</p>		<p>Data:</p>

 <p>COMISSÃO DE CONTROLO DA INFECÇÃO-ARSA, IP DOS CENTROS DE SAÚDE DO DISTRITO DE ÉVORA</p> <p>Administração Regional de Saúde do Alentejo, IP</p>  <p>Ministério da Saúde</p>	RECOMENDAÇÕES DE BOA PRÁTICA		
	Higienização do Ambiente		
Ficha: 1	Revisão:	Data: Junho de 2007	Folhas: 4 de 9

- As luvas de borracha devem ser lavadas no final do trabalho, da seguinte forma: antes de as retirar, lavar primeiro como se estivesse a lavar as mãos, depois retiram-se e lavam-se do avesso e penduram-se para escorrer e secar. Só podem voltar a usar-se depois de completamente secas;

#### 5.4. Aspiradores:

- Os aspiradores devem estar equipados, com filtros e com tiragem do ar afastados do chão e os filtros devem ser mudados, de acordo com o protocolo instituído pelo fabricante;

#### 5.5. Baldes:

- Têm de ser de fácil limpeza e guardados secos e invertidos a escorrer;

#### 5.6. Carros de Limpeza:

- Devem ser de plástico polipropileno ou aço inoxidável e guardado em boas condições;

#### 5.7. Panos de Limpeza:

Devem ser utilizados de cores diferentes de acordo com as diferentes zonas:

1. Mobiliário e superfícies (salas de tratamento, vacinação e gabinetes médicos) – **pano azul**;
2. Lavatórios e azulejos – **pano amarelo**;
3. Sanitas e pias de despejo – **pano cor-de-rosa**;
4. Mobiliário das áreas administrativas e área alimentar – **pano verde**;

Os panos devem ser lavados e secos diariamente.

## 6. DETERGENTE:

Elaborado por: Comissão de Controlo da Infecção-ARSA, IP dos Centros de Saúde do Distrito de Évora	Carimbo:	Aprovado por:
Data: Junho de 2007		Data:

 <p>COMISSÃO DE CONTROLO DA INFECÇÃO-ARSA, IP DOS CENTROS DE SAÚDE DO DISTRITO DE ÉVORA</p> <p>arsa alentejo Administração Regional de Saúde do Alentejo, IP</p> <p>Ministério da Saúde</p>	<h1>RECOMENDAÇÕES DE BOA PRÁTICA</h1>		
	<h2>Higienização do Ambiente</h2>		
Ficha: 1	Revisão:	Data: Junho de 2007	Folhas: 5 de 9

- Não se aconselha o uso de detergentes abrasivos;
- Nunca adicionar desinfetantes aos detergentes;

### 6.1. Características do detergente para limpeza:

- Biodegradável;
- Não corrosivo,
- Cheiro não irritante;
- Não conter desinfetantes;

### 6.2. Acondicionamento dos detergentes:

- Os detergentes devem ser armazenados em local próprio;
- Não devem ser armazenadas soluções diluídas; as diluições devem ser feitas imediatamente antes da sua utilização;
- As embalagens devem ser devidamente rotuladas e identificadas com indicação da composição e diluição adequada para cada utilização;
- Os recipientes reutilizáveis devem ser sempre cuidadosamente lavados e secos antes da nova utilização;
- Os recipientes devem ser mantidos devidamente fechados;

## 7. REPOSIÇÃO DE MATERIAIS:

- Repor sabão líquido, toalhetes e papel higiénico no início e no fim do turno e sempre que necessário;
- Ao repor o sabão não esquecer de lavar o doseador;
- Ao repor os toalhetes para mãos não esquecer de higienizar o respectivo dispensador;

## 8. PLANOS DE LIMPEZA:

Elaborado por: Comissão de Controlo da Infecção-ARSA, IP dos Centros de Saúde do Distrito de Évora	Carimbo:	Aprovado por:
Data: Junho de 2007		Data:

 <p> <a href="#">COMISSÃO DE CONTROLO DA INFECÇÃO-ARSA, IP</a>  <a href="#">DOS CENTROS DE SAÚDE DO DISTRITO DE ÉVORA</a> </p> <p> <small>Administração Regional de Saúde do Alentejo, IP</small> </p>		<p>RECOMENDAÇÕES DE BOA PRÁTICA</p>	
		<p>Higienização do Ambiente</p>	
<p>Ficha: 1</p>	<p>Revisão:</p>	<p>Data: Junho de 2007</p>	<p>Folhas: 6 de 9</p>

As limpezas a efectuar obedecerão à seguinte periodicidade e tipologia:

- Diárias;
- Semanais;
- Quinzenais;
- Semestrais;

#### 8.1. Limpezas Diárias:

Estas limpezas contemplam:

- Limpeza e lavagem de todos os pavimentos em mosaico, madeira, cortiça ou outros;
- Limpeza de móveis, armários, secretárias e cadeiras, incluindo superfícies, bancadas, vãos de janela, candeeiros, estantes, prateleiras e outros;
- Limpeza de lavatórios, lava louças, e manípulos de torneiras;
- Limpeza de frigoríficos e máquinas de lavar (por fora);
- Limpeza de portas e manípulos;
- Limpeza de separadores (cortinas e calhas);
- Limpeza de mapas, carpetes, sofás, nichos;
- Telefones;
- Limpeza de reservatórios de resíduos com o despejo destes e colocação de sacos plásticos da cor correspondente;
- Limpeza de todas as instalações sanitárias (no mínimo 2 vezes por dia e sempre que a situação o exija; em locais de atendimento público onde a afluência é maior esta frequência deve ser maior);
- Limpeza de vestiários;

#### 8.2. Limpeza Periódica Semanal:

<p>Elaborado por:</p> <p>Comissão de Controlo da Infecção-ARSA, IP dos Centros de Saúde do Distrito de Évora</p>	<p>Carimbo:</p>	<p>Aprovado por:</p>
<p>Data: Junho de 2007</p>		<p>Data:</p>

 <p>COMISSÃO DE CONTROLO DA INFECÇÃO-ARSA, IP DOS CENTROS DE SAÚDE DO DISTRITO DE ÉVORA</p> <p>Administração Regional de Saúde do Alentejo, IP</p>  <p>Ministério da Saúde</p>		<h1>RECOMENDAÇÕES DE BOA PRÁTICA</h1>	
		<h2>Higienização do Ambiente</h2>	
Ficha: 1	Revisão:	Data: Junho de 2007	Folhas: 7 de 9

Estas limpezas integram os seguintes procedimentos:

- Limpeza de convectores e respectivos nichos;
- Limpeza de janelas;
- Limpeza das tubagens (junto ao tecto);
- Lavagem de portas e manípulos (com lustragem do inox);
- Limpeza do ar condicionado (por fora);
- Lavagem de sanitários, com a utilização de esfregão apropriado para remoção do calcário;

### 8.3. Limpeza Periódica Quinzenal:

Estas limpezas integram os seguintes procedimentos:

- Limpeza de vidros;
- Limpeza de estores;

### 8.4. Limpeza Periódica Semestral:

Estas limpezas integram os seguintes procedimentos:

- Lavagem de lâmpadas e difusores;
- Limpeza de todas as paredes internas;
- Lavagem de paredes, lavagem de tectos;

## 9. DESCONTAMINAÇÃO POR LIMPEZA E DESINFECÇÃO DE SUPERFÍCIES, MATERIAIS E EQUIPAMENTOS:

O uso de desinfectante é restrito a situações, em que tenha existido, **derrames, salpicos de sangue ou outra matéria orgânica** (excluindo-se a urina), ou **contacto** de materiais/equipamentos com **doentes infectados** ou que se suspeita dessa situação;

**Procedimentos a seguir:**

Elaborado por: Comissão de Controlo da Infecção-ARSA, IP dos Centros de Saúde do Distrito de Évora	Carimbo:	Aprovado por:
Data: Junho de 2007		Data:

 <p>COMISSÃO DE CONTROLO DA INFECÇÃO-ARSA, IP DOS CENTROS DE SAÚDE DO DISTRITO DE ÉVORA</p> <p>Administração Regional de Saúde do Alentejo, IP</p> <p>Ministério da Saúde</p>		<p>RECOMENDAÇÕES DE BOA PRÁTICA</p>	
		<p>Higienização do Ambiente</p>	
<p>Ficha: 1</p>	<p>Revisão:</p>	<p>Data: Junho de 2007</p>	<p>Folhas: 8 de 9</p>

### Presept - pastilhas de 0,5 g

Materiais e equipamentos	Nº de pastilhas	Litros de água	Tempo de contacto
Superfícies	1	2	Passar toalhete de papel
Louça	1	2	Imergir durante 1 - 2 min
Borracha, vidro, plástico, porcelana, biberons/tetinas	1	2	Imergir durante 1 hora
Instrumentos de aço inox	1	0,5	Imergir 15 min

### Presept - pastilhas de 2,5 g

Materiais e equipamentos	Nº de pastilhas	Litros de água	Tempo de contacto
Superfícies	1	10	Passar toalhete de papel
Louça	1	10	Imergir durante 1 - 2 min
Borracha, vidro, plástico, porcelana, biberons/tetinas	1	10	Imergir durante 1 hora
Instrumentos de aço inox	1	2,5	Imergir 15 min

NOTA: Após utilização por um doente infectado ou quando existam surtos epidémicos, recomenda-se a desinfecção das torneiras, bacias, banheiras etc., com:

- ♦ Solução de hipoclorito de sódio a 0,1% de cloro livre (**4 pastilhas Presept de 0,5g por litro de água**);
- OU
- ♦ Solução de hipoclorito de sódio a 0,1% de cloro livre (**2 pastilhas Presept de 2,5g por 2,5 litros de água**);

### Presept - (grânulos)

<p>Elaborado por:</p> <p>Comissão de Controlo da Infecção-ARSA, IP dos Centros de Saúde do Distrito de Évora</p>	<p>Carimbo:</p>	<p>Aprovado por:</p>
<p>Data: Junho de 2007</p>		<p>Data:</p>

 <p>COMISSÃO DE CONTROLO DA INFECÇÃO-ARSA, IP DOS CENTROS DE SAÚDE DO DISTRITO DE ÉVORA</p> <p>Administração Regional de Saúde do Alentejo, IP</p> <p>Ministério da Saúde</p>		<p>RECOMENDAÇÕES DE BOA PRÁTICA</p> <p>Higienização do Ambiente</p>	
Ficha: 1	Revisão:	Data: Junho de 2007	Folhas: 9 de 9

#### Superfícies:


- ◆ Quando ocorrem salpicos ou derramamentos de fluidos orgânicos (com excepção de urina);
- ◆ Circunscrever e polvilhar toda a área a descontaminar, retirando, após pelo menos 2 minutos de actuação do produto;
- ◆ Lavar em seguida com água e detergente;

#### 10. DESINFESTAÇÃO:

Os infestantes no meio ambiente podem constituir um risco de infecção. Logo que sejam detectados a existência de infestantes, este facto deve ser comunicado à Comissão de Controlo de Infecção, para que possam ser tomadas as medidas mais adequadas à sua erradicação.

#### 11. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- WILSON, JEINNIE - *Controlo de Infecção na Prática Clínica*, 2ª Edição – Luso Ciência – Edições Técnicas, Científicas, Lda., capítulo XIII e XIV, página 321 a 361, 2003.
- NHS Estates, *National Standards of Cleanliness for the NHS*, 2001.
- INS – Ministério da Saúde, *Higienização do Ambiente nas Unidades de Saúde – Recomendações de Boa Prática*, páginas de 1 a 7, Lisboa.

Elaborado por: Comissão de Controlo da Infecção-ARSA, IP dos Centros de Saúde do Distrito de Évora 	Carimbo:	Aprovado por:  Data:
Data: Junho de 2007		



	PLANO DE ENFERMAGEM																												Abril 2011	
	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	1		
	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	Fr	S	D	Fr	T	Q	Q	S	S	D		
E1	DO	DO	DO	DO	DO	D	F	DO	DO	DO	DO	DO	D	F	DO	DO	DO	DO	M/	D	F	Fr	DO	DO	DO	DO	D	F		
	DO	DO	DO	DO	DO	D	F	DO	DO	DO	DO	DO	D	F	DO	DO	DO	DO		D	F	Fr	DO	DO	DO	DO	D	F		
E3	CD	CD	G3	CD	m	D	F	DO	G3	DO	DO	m	Fe	Fe	Fe	Fe	Fe	Fe	Fe	Fe	Fe	Fe	CD	CD	VD	m	D	M/		
	CH	IP	G3	CH	m	D	F	DO	G3	DO	IP	M	Fe	Fe	Fe	Fe	Fe	Fe	Fe	Fe	Fe	Fe	IH	IP	Inr	m	D			
E9	G2	G2	G2	G2	G2	M/	F	CD	CD	G3	CD	G3	D	F	DO	G3	G3	DO	Fr	M/	F	M/	G2	G2	G2	G2	D	F		
	P	P	Far	P	P		F	IH	IP	G3	CH	G3	D	F	IP	G3	G3	DO	Fr		F		P	P	Far	P	D	F		
E4	DO	G3	DO	DO	DO	D	F	G2	G2	G2	G2	G2	D	F	G2	G2	G2	G2	M/	D	F	Fr	G3	G3	For	For	D	F		
	IP	G3	DO	IP	DO	D	F	P	P	Far	P	P	D	F	P	P	Far	P		D	F	Fr	G3	G3	For	For	D	F		
E6	V	V	VD	V	V	D	F	V	V	VD	V	V	M/	F	VD	VD	VD	VD	Fr	D	M/	Fr	VD	VD	For	For	D	F		
	V	V	V	V	V	D	F	V	V	V	V	V		F	V	IP	V	V	Fr	D		Fr	IP	V	For	For	D	F		
E5																														
E7	G3					D	F	G3					Fe	Fe	Fe	Fe	Fe	Fe	Fe	Fe	Fe	Fe			G3	V	M/	F		
	G3		Inr			D	F	G3					Fe	Fe	Fe	Fe	Fe	Fe	Fe	Fe	Fe	Fe			G3	V		F		
E8					G3	M/	F						Fe	Fe	Fe	Fe	Fe	Fe	Fe	Fe	Fe	Fe	Fe	Fe	G3	D	F			
					G3		F						Fe	Fe	Fe	Fe	Fe	Fe	Fe	Fe	Fe	Fe	Fe	Fe	G3	D	F			
E2				G3		D	F				G3		D	M/	G3			G3	Fr	D	F	M/			For	For	D	F		
				G3		D	F			Inr	G3		D	F	G3		Inr	G3	Fr	D	F				For	For	D	F		

At - Atestado

CD - Cons Enf Diabetes

CH - Cons Enf Hipertensão

D - Descanso

DO - Domicílios

F - Folga

Fe - Férias

Fr - Feriado

G - Gabinete

GH - Gozo de Horas

IP - Inr + Programs

M/ - 9h - 12h

P - Programas

R - Reunião

Se - Saude Escolar

TP - Tolerancia de Ponto

V - Vacinação

VD - Vacinação + CD

	PLANO DE ENFERMAGEM																												Maio 2011									
	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29										
	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D										
E1	DO	DO	DO	DO	DO	D	F	DO	DO	DO	DO	DO	M/	F	DO	DO	DO	DO	DO	D	F	DO	DO	DO	Fe	DO	Fe	Fe										
	DO	DO	DO	DO	DO	D	F	DO	DO	DO	DO	DO		F	DO	DO	DO	DO	DO	D	F	DO	DO	DO	Fe	DO	Fe	Fe										
E3	G2	G2	G2	G2	m	D	F	GH	G3	G3	CD	m	D	F	VD	VD	VD	VD	m	D	F	VD	VD	VD	VD	m	D	F										
	P	P	Far	P	m	D	F	GH	G3	G3	CH	m	D	F	V	V	V	V	m	D	F	V	Inr	Far	Inr	m	D	F										
E9	At	At	At	At	At	D	M/	G2	G2	G2	G2	G2	D	F	G2	G3	G3	G2	G2	Fe	Fe	Fe	Fe	Fe	Fe	Fe	Fe	Fe										
	At	At	At	At	At	D		P	P	Far	P	P	D	F	P	G3	G3	P	P	Fe	Fe	Fe	Fe	Fe	Fe	Fe	Fe	Fe										
E4	G3	G3	G3	CD	G2	D	F	At	At	At	At	At	At	At	At	At	At	At	At	At	At	G2	G3	G2	G2	G2	D	M/										
	G3	G3	G3	CH	P	D	F	At	At	At	At	At	At	At	At	At	At	At	At	At	At	P	G3	Far	P	P	D											
E6	VD	VD	VD	V	V	M/	F	VD	VD	VD	V	V	At	At	At	At	At	At	At	At	At	At	At	At	At	V	D	F										
	VD	Inr	VD	Inr	V		F	VH	Inr	VD	Inr	V	At	At	At	At	At	At	At	At	At	At	At	At	V	D	F											
E5																																						
E7						D	F	G3					D	F	G3					D	M/	G3					D	F										
						D	F	G3					D	F	G3					D		G3					D	F										
E8					G3	D	F					G3	D	M/			G2		G3	D	F			G3		G3	M/	F										
					G3	D	F					G3	D						G3	D	F			G3		G3		F										
E2				G3		D	F				G3		D	F				G3		M/	F				G3		D	F										
			Inr	G3		D	F			Inr	G3		D	F			Inr	G3			F				G3		D	F										

At - Atestado  
CD - Cons Enf Diabetes  
CH - Cons Enf Hipertensão

D - Descanso  
DO - Domicílios  
F - Folga

Fe - Férias  
Fr - Feriado  
G - Gabinete

GH - Gozo de Horas  
IP - Inr + Programs  
M/ - 9h - 12h

P - Programas  
R - Reunião  
Se - Saude Escolar

TP - Tolerancia de Ponto  
V - Vacinação  
VD - Vacinação + CD

	PLANO DE ENFERMAGEM																				Junho 2011							
	30	31	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
	S	T	Q	Fr	S	S	D	S	T	Q	Q	Fr	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Fr	S	S	D
E1	Fe	Fe	Fe	Fe	Fe	Fe	Fe	DO	DO	DO	DO	M/	D	F	DO	DO	DO	DO	DO	D	F	DO	DO	DO	Fr	DO	M/	F
	Fe	Fe	Fe	Fe	Fe	Fe	Fe	DO	DO	DO	DO		D	F	DO	DO	DO	DO	DO	D	F	DO	DO	DO	Fr	DO		F
E3	G2	G2	G2	M/	m	D	F	G2	G2	G2	m	Fr	D	M/	DO	DO	DO	DO	m	D	F	CD	CD	G3	Fr	m	Fe	Fe
	IP	P	Far		m	D	F	IP	P	Far	m	Fr	D		IH	IP	DO	CH	m	D	F	CH	P	G3	Fr	m	Fe	Fe
E9	Fe	Fe	Fe	Fe	Fe	Fe	Fe	G3	G3	G3	G2	Fr	M/	F	G2	G2	G2	G2	G2	D	F	DO	DO	DO	Fr	G2	D	M/
	Fe	Fe	Fe	Fe	Fe	Fe	Fe	G3	G3	G3	P	Fr		F	P	P	Far	P	P	D	F	IP	Inr	DO	Fr	P	D	
E4	DO	DO	DO	Fr	DO	Fe	Fe	Fe	Fe	Fe	Fe	Fe	Fe	Fe	Fe	G3	G3	CD	DO	D	F	G2	G3	G2	M/	V	D	F
	DO	DO	Inr	Fr	DO	Fe	Fe	Fe	Fe	Fe	Fe	Fe	Fe	Fe	Fe	G3	G3	Inr	V	D	F	P	G3	Far		V	D	F
E6	VD	VD	VD	Fr	V	D	M/	VD	VD	VD	VD	Fr	D	F	VD	VD	VD	V	VD	M/	F	V	V	VD	Fe	Fe	Fe	Fe
	VH	Inr	V	Fr	V	D		VH	Inr	Inr	Inr	Fr	D	F	V	V	V	V	GH		F	V	V	V	Fe	Fe	Fe	Fe
E5																												
E7	G3		G3	Fr	G2	M/	Fe	Fe	Fe	Fe	Fe	Fe	Fe	Fe	G3					D	F	G3			Fr		D	F
	G3		G3	Fr	P		Fe	Fe	Fe	Fe	Fe	Fe	Fe	Fe	G3					D	F	G3		Inr	Fr		D	F
E8		G3		Fr	G3	D	F		GH		G3	M/	D	F				G3		D	F				Fr		D	F
		G3		Fr	G3	D	F		GH		G3		D	F				G3		D	F				Fr		D	F
E2	Fe	Fe	Fe	Fe	Fe	Fe	Fe	Fe	Fe	Fe	Fe	Fe	Fe	Fe				GH	G3	D	M/				Fr	G3	D	F
	Fe	Fe	Fe	Fe	Fe	Fe	Fe	Fe	Fe	Fe	Fe	Fe	Fe	Fe			Inr	GH	G3	D					Fr	G3	D	F

At - Atestado  
CD - Cons Enf Diabetes  
CH - Cons Enf Hipertensão

D - Descanso  
DO - Domicílios  
F - Folga

Fe - Férias  
Fr - Feriado  
G - Gabinete

GH - Gozo de Horas  
IP - Inr + Programs  
M/ - 9h - 12h

P - Programas  
R - Reunião  
Se - Saude Escolar

TP - Tolerancia de Ponto  
V - Vacinação  
VD - Vacinação + CD